淡江大學教職員工團體保險眷屬加保申請書

保險計劃別/投保對象	計劃001 員工	計劃002 重疾員工	計劃003 配偶	計劃004 重疾配偶	計劃005 子女	計劃006 父母
安家團體一年定期壽險(GTL)	30萬元	30 萬元	30 萬元	30 萬元		
安家團體傷害保險(GPA)	170萬元	170 萬元	170 萬元	170 萬元		
重大燒燙傷增額保險(GIMB)	10萬	10 萬	10 萬	10 萬		
團體傷害醫療保險金款實支實付型(GAMR)(社保型)	2萬元	2萬元				
團體新重大疾病健康險(GNDDB)	4萬		4 萬			
團體新住院醫療日額(GNHI)	1000元	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元	800元
癌症門診醫療保險金(GCOB)	700元	700 元	700 元	700 元	700 元	700 元
癌症化學或放射線治療保險金	700元	700 元	700 元	700 元	700 元	700元
癌症住院手術醫療保險金(GCSB)	1萬元	1萬元	1萬元	1萬元	1萬元	1萬元
癌症住院醫療保險金(GCHB)	1400元	1200 元	1200 元	1200 元	1200 元	1200元
每位年繳保費	2000元	1877 元	1843 元	1747 元	1035 元	1264元

說明：

1. 新加保人員請填寫「團體保險被保險人告知事項」【家庭式】，非新加保人員請勿填寫。
2. 子女投保：18 歲以上(含)請提供在學證明。
3. 一切權利義務以要保單位與保險公司所訂之團體保險契約所載全部事項及保單條款為依據。
4. 本申請書請勿塗改，如有塗改請換表重填或於塗改處簽名。員工代號：02**35

加保眷屬明細表

員工姓名：王O名 身分證字號A112***666 聯絡電話：0911***123

關係	姓　名	身分證字號	出生日期	計劃別	工作內容
配偶	林O停	F122***003	061/**/02	003	家管
父母	王O仁	Y100***001	048/**/02	006	退休
父母	林O玲	G200***006	049/**/09	006	退休
子女	王O宣	A231***133	101/**/02	005	學生
子女					
子女					

員工本人簽章：王O名

申請日期 115/**/15

三商美邦人壽保險股份有限公司
Mercuries Life Insurance Co., Ltd.

團體保險被保險人告知事項【家庭式】
（由被保險人親自填寫）

受理單位：
受理日期：

要保單位：淡江大學學校財團法人淡江大學　　保單號碼：

主被保險人姓名：王O名　　身分證字號：A112***666

一、基本事項	被保險人一		被保險人二		被保險人三		被保險人四	
被保險人姓名	林O停		王O仁		林O玲		王O宣	
與主被保險人關係	配偶		父		母		女兒	
	是	否	是	否	是	否	是	否
※被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險？（請勾選）	☑	☐	☐	☑	☑	☐	☑	☐
※被保險人是否已投保其他商業實支實付型醫療保險？（請勾選）	☑	☐	☐	☑	☑	☐	☑	☐
※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明（請勾選）？如勾選是者，請提供。	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑
※投保定期壽險或傷害保險者，被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）？如勾選是者，請提供相關證明文件。	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑

二、告知事項：

(被保險人對於告知事項之詢問應親自據實填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少本公司對危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條規定解除該被保險人部分契約。)

		被保險人一		被保險人二		被保險人三		被保險人四	
	被保險人職業及兼職	業務		退休		退休		學生	
	被保險人身高（公分）／體重（公斤）	166／62		158／62		146／50		163／52	
投保傷害保險者填寫者	1. 被保險人過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ （1）高血壓症（指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 （2）腦中風（腦出血、腦梗塞）、腦瘤、癲癇、智能障礙（外表無法明顯判斷者）、精神病、巴金森氏症。 （3）癌症（惡性腫瘤）、肝硬化、尿毒、血友病。 （4）糖尿病。 （5）酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 （6）視網膜出血或剝離、視神經病變。	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑
	2. 被保險人目前身體機能是否有下列障害（請勾選）： （1）失明。 （2）是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表〇·三以下。 （3）聾。 （4）是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(Db)以上。 （5）啞。 （6）咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 （7）四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑
投保定期壽險或健康保險者填寫	1. 被保險人過去兩年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑
	2. 被保險人最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑
	3. 被保險人過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ （1）高血壓症（指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上）、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 （2）腦中風（腦出血、腦梗塞）、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙（外表無法明顯判斷者）、巴金森氏症、精神病。 （3）肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 （4）肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常（GOT、GPT值檢驗值有異常情形者）。 （5）腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 （6）視網膜剝離或出血、視神經病變。 （7）癌症（惡性腫瘤）。 （8）血友病、白血病、貧血（再生不良性貧血、地中海型貧血）、紫斑症。 （9）糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。 （10）紅斑性狼瘡、膠原症。 （11）愛滋病或愛滋病帶原。	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑

被保險人告知事項		被保險人一		被保險人二		被保險人三		被保險人四	
		是	否	是	否	是	否	是	否
投保定期壽險或健康保險者填寫	4. 被保險人過去一年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ （1）酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 （2）食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 （3）肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 （4）慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 （5）痛風、高血脂症。 （6）青光眼、白內障。 （7）乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血（女性被保險人回答）。	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑
	5. 被保險人目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑
	6. 被保險人過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	☑	☐	☐	☑	☐	☑	☐	☑
	7. 被保險人是否已確知懷孕？如是，已經＿＿＿＿週（女性被保險人回答）。	☐	☑	☐	☐	☐	☑	☐	☑
	8. 投保健康險者請回答：被保險人除壽險部分所列之疾病外，現在及過去一年內是否患有下列疾病？ （1）川崎氏症、腦炎、腦膜炎、水腦症、腦性痲痺。 （2）角膜疾病、葡萄膜炎、飛蚊症、梅尼爾氏症、內耳前庭神經炎、中耳炎、乳突炎、鼻竇炎、鼻中膈彎曲、鼻息肉。 （3）肺炎、支氣管炎、肋膜炎、氣胸。 （4）胃炎、膽結石、膽囊炎、痔瘡、便血、急躁大腸症候群。 （5）腎結石、尿道結石、泌尿道感染、血尿、骨盆腔發炎、攝護腺肥大／發炎、疝氣、陰道異常出血。 （6）骨折、關節炎、椎間板突出症、坐骨神經痛、人工裝置物、子宮脫出、運動神經元疾病、硬皮症。 （7）甲狀腺腫、蠶豆症、靜脈曲張、良性腫瘤、息肉。	☐	☑	☐	☑	☐	☑	☐	☑

告知內容：上列事項回答為「是」者，請依被保險人姓名註明題號、詳述疾病病名、意外受傷部位、症狀、檢查原因、大約治療時間、治療方式、治療結果、有無復發及就診醫院名稱。

林O停，第7題：感冒，支氣管發炎住院七天，住院打抗生素，治療痊癒。無復發，台北榮總

聲明事項：

要保書之聲明事項係要保人或被保險人之授權及同意事項，其內容如下：

一、本人（被保險人）同意三商美邦人壽保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。

二、本人（被保險人、要保人）同意三商美邦人壽保險股份有限公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。

三、本人（被保險人、要保人）同意三商美邦人壽保險股份有限公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

蒐集、處理及利用病歷、醫療及健康檢查等個人資料同意事項

申請人（即被保險人，以下簡稱本人）同意， 貴公司得依據個人資料保護法及保險法第177條之1第2項所訂管理辦法所列之目的及範圍內，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。

被保險人簽章 （未滿七足歲者由法定代理人簽名）	被保險人一	被保險人二	被保險人三	被保險人四
	林O停	王O仁	林O玲	王O宣　王O名

※ 被保險人部分之簽章順序請配合告知之順序

填寫日期：民國 115 年 ** 月 15 日