

可影印使用

A.聯絡資料：

保險期間： 年 月 日止至 年 03 月 31 日止

員工姓名, 服務單位, e-mail, 聯絡電話, 通訊地址

B.投保資料：

Table with columns: 關係, 被保險人姓名, 身分證字號, 出生日期, 身高, 體重, 服務單位/職稱/工作內容, 投保方案, 身故保險金受益人姓名/關係

C.告知事項：被保險人注意事項：「告知事項」應由被保險人親自填寫並誠實告知...

投保者，請回答下述第 1~5 項告知是否有為「是」之情形？.....是 否

- 1. 被保險人目前是否受有監護宣告？如是者，請提供相關證明文件。
2. 是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？如是者，請提供相關證明文件。
3. 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？
4. 過去二年內是否曾患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？

綜合上述每一項問題中，如有告知為「是」，請註明被保險人姓名、問題號碼、詳述原因或疾病名稱、症狀、大約治療時間、地點及結果。健康檢查之原因、大約時間、地點、項目及結果。

D.繳費方式：

郵政劃撥, 信用卡, 發卡銀行, 簽名, 身分證字號

E.被保險人親簽暨聲明同意事項：

1.身故保險金受益人如未另行指定者... 2.合約期間本公司將通知續保... 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書