教師一年期團體保險被保險人資料表【限第一次投保使用】

服務電話：(02)2231-6319
傳真：(02)2231-6204

◆保險期間：自 ____ 年 ____ 月 01 日至 ____ 年 07 月 31 日止　　團保編號：

基本資料					
會員姓名		會員編號		婚姻狀況	□已婚□未婚□其他(　　)
學校名稱			e-mail (請以大寫填寫)		
聯絡電話 (請留2支以上)	公:	宅:		手機:	
通訊地址	□公司 □住家 □□□□□				

＊請以正楷填寫右列資料

身分	被保險人姓名	身分證字號	出生年月日	詳細工作內容	計劃別(1.2.3)	保險費(元)	身故保險金受益人
會員本人							□依民法之法定繼承人順位 □另行指定-附「受益人申請書」
配偶							眷屬身故保險金受益人 依條款約定為員工本人
子女1							
子女2							
子女3							
子女4							
子女5							

➢本專案採套裝組合方式投保，但保險公司得依核保條件及被保險人健康狀況核定承保項目。保險生效日前如已罹患心臟病、腦血管疾病、肝硬化、糖尿病、末期腎病變、癌症、癱瘓、重大器官移植及先天性疾病之一者，不屬於保險範圍，請勿投保。但在保險有效期間內始罹患者，仍可繼續投保。
➢眷屬之失能保險金及醫療保險金之受益人為被保險人本人。
➢投保對象及保險內容請詳閱投保說明書，資料表請自行影印留存。
➢續保時被保險人如調整投保人數或保險項目時，保險公司亦得重新核保。

人數：____人
合計保費：_____元

繳費方式

□自行繳費：核定承保後 E-Mail 三合一繳費單（劃撥、ATM、超商繳）

□郵政媒體轉帳：請填寫「自動轉帳付款授權書」
（茲依照臺灣郵政受託代繳款項辦法之規定，依被保險人之帳戶扣繳寶祥規劃團體保險費。）

寶祥保險經紀人履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

寶祥保險經紀人股份有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：
一、蒐集之目的：(一）人身及財產保險。（二）行銷。（三）消費者、客戶管理與服務。（四）調查、統計與研究分析。（五）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。二、蒐集之個人資料類別：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、 職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查、與事故經過相關的查證個人資料等(包含非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如相關業務申請書或契約書及應備文件內容所載。三、個人資料之來源：(一）要保人、被保險人。(二）您或您的法定代理人、輔助人。(三）本公司各項業務內所委託、往來之第三人。(四）各醫療院所。(五）司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一）期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二）對象：本(分)公司、產、壽險公司、要保單位、寶健代理人保險股份有限公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構、業務委外機構、與本公司有再保、共同行銷或合作推廣等業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。(三）地區：上述對象所在之地區。 （四）方式：合於法令規定之利用方式。五、依據個資法第三條規定，您就本公司保有您之個人資料得行使之權利及方式：(一）得向本公司行使之權利：1.查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.請求補充或更正。3.請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二）行使權利之方式：書面。六、您不提供個人資料所致權益之影響：您若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝、遲延或無法提供您相關服務或給付。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人（以下簡稱本人）同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法等相關法令所規定之範圍內（包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務），蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

此致
寶祥保險經紀人股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名：_____/_____/_____/_____/_____/_____
※未滿七足歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人親自簽名；七歲(含)以上未成年者，由被保險人本人及法定代理人親自簽名。

立同意書人之法定代理人　簽名：_____　　中　華　民　國　　年　　月　　日

（資料表寄回後，如於生效日前，有就醫記錄者，請逕向寶祥索取「加保約定書」，履行健康告知義務）

寶網

新光金控 | 新光人壽 Shin Kong Life

114年01月修訂

投保申請表暨健康聲明書（團體險專用）

機密等級：機密

要保單位：	保單號碼：

被保險人（關係）	姓名	性別	出生年月日	身分證字號	職業類別/工作內容	計劃別	身高(公分)	體重(公斤)
(1)本人		□男 □女						
(2)配偶		□男 □女						
(3)子女		□男 □女						
(4)		□男 □女						
(5)		□男 □女						
(6)		□男 □女						

◎被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)?

□是（姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）；如勾選是者，請提供。□否。

◎被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）?

□是（姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）；如勾選是者，請提供相關証明文件。□否。

為確保您的權益，以下被保險人告知事項，請務必親自詳實加圈填寫。如有不實，本公司得依保險法第64條解除契約，保險事故發生後亦同。	(1)本人	眷屬/關係 (2)配偶	(3)子女	(4)	(5)	(6)
	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
一、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?	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
二、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?（如答覆是者，請圈選下列病症） (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、膽結石。 (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)	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
三、過去二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）	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
四、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?（如答覆是者，請圈選下列病症） (1)高血壓症(指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上)(如有請於「告知事項說明欄」目前狀況處填明實際之血壓)、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、心律不整(指竇性心跳過速、心房撲動、心房纖維性顫動、期外收縮、陣發性心跳過速、心室纖維性顫動、心臟傳導阻斷)。 (2)腦中風(腦出血、腦梗塞、腦栓塞)、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、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值超過35IU/L以上)。 (5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 (6)視網膜出血或剝離、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。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □

SKL-A0701002

為確保您的權益，以下被保險人告知事項，請務必親自詳實加圈填寫。如有不實，本公司得依保險法第64條解除契約，保險事故發生後亦同。	(1) 本人	眷屬/關係 (2) 配偶	(3) 子女	(4)	(5)	(6)
	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
五、過去五年內，是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
六、目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障礙、智能障礙(外表無法明顯判斷者)? (如答覆是者，請圈選狀況)	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
七、已確知懷孕? (懷孕　　週) (女性被保險人回答)	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
八、投保醫療險者請填寫本項 (本契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，本公司對是項疾病或分娩，不負給付之責任) (1)現在是否仍患有下列疾病？精神官能症、何杰金氏症、膽管炎、膽囊炎、梅毒、腦性麻痺、腦膿瘍、化膿性骨髓炎、併發有嘔吐現象的持續性頭痛、內耳炎、鼻竇炎、乳突炎、坐骨神經痛、椎間板脫出、腎結石、輸尿管結石、膀胱結石、腦膜炎、腦炎、水腦症。 (2)是否曾金屬中毒、化學中毒？ (如答覆是者，請圈選病症)	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □

※ 以上各項詢問如有答覆「是」者，請在下列「告知事項說明欄」告知

告 知 事 項 說 明 欄

被保險人姓名	疾病名稱	發病日期	就診醫院	治療方式 (可複選)	目前狀況
				□門診 □住院,約_____天 □手術 □其他_____	
				□門診 □住院,約_____天 □手術 □其他_____	
				□門診 □住院,約_____天 □手術 □其他_____	
				□門診 □住院,約_____天 □手術 □其他_____	

(1)本人(被保險人)同意新光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。
(2)本人(被保險人、要保人)同意新光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。
(3)本人(被保險人、要保人)同意新光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。

此致　**新光人壽保險股份有限公司**　台照

被保險人簽名

(1) 本人：　簽名
(2) 配偶：　簽名
(3) 子女：　簽名
(4) _____：　簽名
(5) _____：　簽名
(6) _____：　簽名

要保單位蓋章：

監　護　人：　簽名
法定代理人：　簽名
法定代理人：　簽名
法定代理人：　簽名
法定代理人：　簽名

日　期：　年　月　日

新 光 人 壽 專 用

審查意見	(1)本人： (2)配偶： (3)子女： (4) (5) (6)	核保人簽章	

收件人：

新光金控 | 新光人壽 Shin Kong Life

機密等級：☐極機密 ■機密 ☐密 ☐普通
文件持有人請嚴加管控本項文件

新光人壽保險股份有限公司
Shin Kong Life Insurance Co., Ltd.

團體保險身故保險金受益人指定暨變更申請書
Group insurance death insurance beneficiary designation and change application

*要保單位名稱：*_____ *保單號碼：*_____
Policy holder *Policy No.*

*被保險人姓名：*_____ *身分證字號：*_____
Name of the Insured ID No.

請指定被保險人身故保險金之受益人，但以被保險人之家屬、其法定繼承人或信託專戶為限。
Please designate the beneficiary, the beneficiary shall be confined to the family members 、heir-at-law of the insured member or Trust account.

身故受益人指定為 ☐法定繼承人 、 ☐勞基法順位 或 ☐信託專戶。 (PS：勾選此項則不需填寫下表)
Designated death beneficiaries are ☐heir at law、☐following the rule of Labor Standards Acts or ☐Trust account

身故受益人姓名 Name of Beneficiary	身分證字號 ID No.	生日 Birth date	生效日/變更生效日 Effective Date of Revision	聯絡電話 Tel.	國籍 Nationality
受益人地址 Beneficiary Address				與被保險人關係 Relationship	備註 Remark
身故受益人姓名 Name of Beneficiary	身分證字號 ID No.	生日 Birth date	生效日/變更生效日 Effective Date of Revision	聯絡電話 Tel.	國籍 Nationality
受益人地址 Beneficiary Address				與被保險人關係 Relationship	備註 Remark
身故受益人姓名 Name of Beneficiary	身分證字號 ID No.	生日 Birth date	生效日/變更生效日 Effective Date of Revision	聯絡電話 Tel.	國籍 Nationality
受益人地址 Beneficiary Address				與被保險人關係 Relationship	備註 Remark

★ **如要保人(被保險人)不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人(被保險人)最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。**

※ **受益人聯絡電話及地址可二擇一提供。**

※ 指定二位以上之受益人時，保險金額之指定得依順位、比例或均分方式為之，請於備註欄說明。若未於備註欄說明，則保險金額採均分方式為之。

※ 身故受益人非中華民國國籍者，請提供英文全名及國籍。

※ 指定信託專戶請另填保險金指定匯入信託專戶約定書(AH9)表單。

被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____ 監護人簽名：_____
Signature of the insured Signature of the legal representative Signature of the guardian

中 華 民 國 年 月 日

寶祥保險經紀人股份有限公司

委託機構代號	5	0	N

自動轉帳付款授權書

媒體產生日期：

立授權書人（以下稱授權人）_____授權郵局依照寶祥保險經紀人股份有限公司提供之資料，自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式，交付 保險費 費用；惟帳戶餘額不足支付帳款時，則不予轉帳。

郵局如因電腦系統故障、電腦設備故障、電信線路故障、停電、斷電、第三人之行為、不可抗力或其他不可歸責於郵局之事由致無法於約定日期完成轉帳作業時，郵局得順延至前開障礙事由排除後始進行轉帳作業，因而所致之遲延或損失，授權人同意免除郵局之一切責任。但該障礙事由係郵局之故意或重大過失所致者，不在此限。

授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時，自行洽寶祥保險經紀人股份有限公司查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於寶祥保險股份有限公司與授權人間權利義務之約定事項與郵局無關者，概與郵局無涉。

本授權書簽訂完成後，其效力不受帳戶所有人原留印鑑變更影響；授權人欲終止轉帳扣款時，應以書面方式向郵局或寶祥保險經紀人股份有限公司辦妥終止授權手續。

授權人	戶名		授權人用印（請蓋原留印鑑）
	身分證統一編號		
	☑存簿帳號		
	☐劃撥帳號		
	聯絡電話	（宅）　　（公） （手機）	
	聯絡地址		授權書填寫日期 年　月　日

委託機構確認欄	一、用戶編號： 二、本授權書確由帳戶所有人填具（未成年人已取得法定代理人同意），且內容（印鑑除外）確認無誤。 三、已確認授權資料建檔內容與授權書所填相符。 確認人：　　主管（複核）：　　委託機構章：

郵局	審核：　　核印：　　註記：

第 1 聯：郵局存查聯（永久保管）