

社團法人新北市建築師公會 函

地 址：22065 新北市板橋區中山路一段 293-1 號 6 樓

連絡人：黃筱涵

電 話：(02)8953-4420#102 傳真：(02)8953-4426

電子信箱：ntcl02@ntcaa.org.tw

受文者：全體會員

發文日期：中華民國 115 年 4 月 7 日

發文字號：新北市建師字第 0409 號

速別：最速件

密等及解密條件：

附件：如文

主旨：本會辦理 115 年度「會員團保專案」暨續辦「會員配偶及子女自費加保團體保險專案」，相關事宜詳如說明，敬請會員詳讀知悉，惠請會員於 115 年 4 月 30 日前辦理自費參加配偶及子女加保作業，請查照。

說明：

一、有關辦理「115年度會員團體保險專案」**會員保險費用由本會全額支付，無需申請及繳費**，本案所稱會員皆含會務人員，相關事宜如下：

(一)保險期間：115年5月16日零時起至民國116年5月15日午夜12時止。

(二)保險費用：會員保費由本會全額支付(最高承保至85歲續保至90歲)。

(三)承保年齡、險種及保額：單位：元

承保年齡、 險種、保額	傷害險	特 定 傷害險	醫療限額 傷害險	住院醫療 健康險
85-90歲	20萬	20萬	2萬	600/日
85歲以下	100萬	50萬	5萬	1200/日

*另有：

1. 團體骨折未住院(意外事故 180 天內)：85 歲以下：150~600 元/日，85-90 歲：150~600 元/日(依 X 光片判定骨折位置及程度計算)。

2. 團體燒燙傷病房(60 日為限)：85 歲以下：1,200 元，85-90 歲：600 元。

3. 團體住院醫療(十六項(內含手術)實支實付)：85 歲以下：2 萬元，85-90 歲：1 萬元。

4. 團體門診手術暨處置_方案 B(實支實付)：85 歲以下：1 萬元，85-90 歲：5 千元；處置項目表 81 項：85 歲以下：定額給付 3,000 元，85-90 歲：定額給付 2,500 元。

5. 團體意外事故急診(實支實付)：85 歲以下：3,000 元，85-90 歲：3,000 元。

6. 團體住院前後門診(前 14 天後 14 天)：85 歲以下：600 元，85-90 歲：600 元。

7. 團體加護病房(14 日為限)：85 歲以下：1,200 元，85-90 歲：600 元。

二、90歲以上會員未納入團體保險項目及86-90歲會員，依本會福利金預算編列及使用辦法第六條第四項：「本會辦理團體保險，如有會員因年齡因素被排除或折減理賠時，由公會參照團體保險給付標準，補助會員本人因疾病或意外傷害住院醫療時之給付差額。」規定辦理。

※三、本次團體保險由雄獅國際保險經紀人承攬，承保單位為新光人壽保險(股)公司，原有元大人壽提供既有人員名冊所有名單，無需填寫健康告知聲明書，全部承接。

四、會員配偶及子女部分需延續投保，方能確保權益，團保自費加保專案相關事宜如下：(115年由雄獅保經承保：服務人員楊玄榛小姐電話：02-77240900#6621)

投保對象 \ 險種名稱	15足歲以下子女 (100年5月17日後出生 可保)	年滿15歲至23歲 子女(91年11月17日-100 年5月16日出生可保)	配偶 (29年11月17日後 出生可保)
團體一年傷害保險	-	100萬	100萬
團體特定意外傷害 給付附加	-	50萬	50萬
團體一年醫療限額 傷害保險	5萬	5萬	5萬
團體意外事故急診	上限3,000元	上限3,000元	上限3,000元
團體守護住院日額	1,200元/日	1,200元/日	1,200元/日
團體住院醫療 醫院各項雜費(亦含 外科手術費項目)	實支實付型： 上限2萬	實支實付型： 上限2萬	實支實付型： 上限2萬
團體門診手術暨處 置_方案B>得依手術 費用表之給付比例 (無等待期)未以健 身身份65折)	實支實付型： 上限1萬元 (處置手術81項 定額給付 3,000)	實支實付型： 上限1萬元 (處置手術81項定 額給付3,000)	實支實付型： 上限1萬元 (處置手術81 項定額給付 3,000)
團體住院前後門診	600元	600元	600元
團體燒燙傷病房 (60日為限)	1,200元	1,200元	1,200元
團體加護病房 (最長14天為限)	1,200元	1,200元	1,200元
團體骨折未住院 (180天內意外事故)	600元	600元	600元
保險費用	2,337元	2,580元	2,580元

五、115年度眷屬自費團體保險投保資料表暨說明書(詳附件1)，欲自費加保之會員配偶及子女需填寫「115年度眷屬自費團體保險投保資料表」(詳附件2)，填寫完畢須掛號郵寄正本至本會，由本會匯整後交由雄獅保經，不需自費加保之會員眷屬，則無需填寫。

六、新加保者特別說明：

(一)個人於所有保險公司投保金額之總計，若超出新光人壽公司核保限額者將無法承保，敬請見諒。

(二)新加保者65足歲(含)以上須提供健康聲明書(詳附件4)，正本需掛號郵寄至本會，由本會匯整後交由雄獅保經，超過85歲無法承保，敬請見諒。

(三)保險公司仍會進行核保，既有疾病者可能無法承保，敬請見諒。

七、會員配偶及子女自費加保受理申辦及繳費期間：即日起至115年4月30日止。

八、會員配偶及子女自費加保繳費方式如下：

方式	說明	備註
1. 現金	至公會繳交。	限請於上班時間。
2. 電匯	帳號： <u>合作金庫板橋分行</u> 0110-717-271718 戶名： <u>社團法人新北市建築師公會</u> (採取電匯方式請務必將匯款單MAIL或傳真至公會，謝謝!)	限請於上班時間內傳真(02-89534426)或e-mail至ntc102@ntcaa.org.tw並立即來電確認是否收到。 連絡人:黃筱涵小姐 電話8953-4420分機102。
3. 信用卡	填寫信用卡刷卡表單(附件3)	

★1. 恕不接受電話及未附電匯單或信用卡付款單之會員配偶及子女申請書。
2. 會員團體保險本人保險費用已由本會支付，無需繳費!

正本：全體會員

理事長 **汪俊男**

社團法人新北市建築師公會

115 年度眷屬自費團體保險投保資料表暨說明書

壹、參加資格及投保規定：

1. 保險期間：115 年 05 月 16 日零時起至 116 年 5 月 15 日 **24 時**止，為期一年。
2. 本次自費案收件截止日為 **115 年 4 月 30 日前送達公會**。
 參加資格及年齡限制：限本公司所屬正式員工之其直系眷屬(配偶、子女) 且以「在台灣居留者」為限，會員必須投保，眷屬方可投保。
 1. 配偶：投保之承保年齡為自滿 15 足歲至保險年齡 85 歲，並可續保至保險年齡 85 歲。
 2. 子女：限出生正常且健康出院起至 23 足歲。
 3. 眷屬之加退保：眷屬中途不辦理加退保作業，離職及退休員工之眷屬自費案保險效力可持續至該年度結束。
 4. 申請文件：申請新加入本自費案之被保險人，均需填寫投保資料表，**65 足歲**以上填寫健康聲明書。
 5. 受益人：失能及醫療保險金受益人為事故者本人，身故保險金受益人為法定繼承人。
 6. 保險證：經新光人壽同意受理並收費成功後，將提供保戶保險證。
 7. 退 保：配偶投保後離婚者，請保戶通知新光人壽辦理退保，保障計算至繳費當年度到期日止。續保當年度其眷屬，達本合約內各險種之最高投保年齡時，新光人壽即辦理該被保險人之退保作業。
 8. 本契約的保險期間為一年，每年保險期間屆滿前，保險公司將視保單狀況重新評估調整，經要保單位與保險公司雙方同意續保後即生效。

貳、保險內容：(傷害醫療險自費費用 100%給付，新加保傷害醫療實支實付每位被保險人限投保本公司 2 張)

計劃別	1	2
險種	未滿15歲	年滿15-85歲
團體傷害保險	--	100萬
團體特定傷害保險	-	50萬
團體傷害醫療保險	5萬	5萬
團體守護住院日額	1,200	1,200
團體住院醫療	2萬	2萬
團體意外事故急診醫療費保險金	3,000	3,000
團體住院前後門診	600	600
團體門診手術暨處置_方案B> 得依手術費用表之給付比例(無等待期)	1萬	1萬
團體骨折未住院	600	600
團體燒燙傷病房保險金(60日為限)	1,200	1,200
團體加護病房保險金(最長14天為限)	1,200	1,200
保費	2,337	2,580

參、聲明事項：

- 1.本人同意新光人壽保險公司及雄獅國際保險經紀人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.本人同意新光人壽保險公司將本投保資料表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.本人同意新光人壽保險公司及雄獅國際保險經紀人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。
- 4.本保險計劃係由新光人壽保險(股)公司提供，詳細保險內容及權益係以雄獅國際保險經紀人股份有限公司與新光人壽保險(股)公司簽訂之保險單及條款為準。新光人壽依核保處理制度及程序，保留承保與否之權力。

※欲參加者，請填寫下頁投保資料表:

【社團法人新北市建築師公會-眷屬自費團體保險投保資料表】

會員基本資料(以下資料必填)

會員證號:_____會員姓名:_____身份證字號:_____出生年月日:_____

肆、眷屬自費參加者投保資料

(注意事項：1.以下投保資料請以正楷填寫，**若填寫錯誤，請被保險人於塗改處簽名。**2 禁複保：每位會員或眷屬限單一身分申請投保 (例如配偶或兄弟姐妹同為本要保單位會員時，不得再以眷屬身分重複加保或為父母、子女重複投保)。

申請異動項目	身份	被保險人		出生年月日	身分證字號 (外籍人士請填寫 有效居留證號)	工作性質	投保計劃 (不可重複勾選)
		姓名(親簽) (外籍人士請填寫 護照英文姓名)	國籍 (本國免填)				
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	配偶						計劃 2
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	子女 1						<input type="checkbox"/> 計劃 1 <input type="checkbox"/> 計劃 2
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	子女 2						<input type="checkbox"/> 計劃 1 <input type="checkbox"/> 計劃 2
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	子女 3						<input type="checkbox"/> 計劃 1 <input type="checkbox"/> 計劃 2

計劃 1.保費 2337 元，計劃 2.保費 2580 元，※以上參加人數共計_____名，繳交金額共計_____元。

註:1.被保險人親簽：未滿 7 足歲者由法代代為親簽，7 足歲(含)以上者由本人親簽。被保險人未滿 18 足歲者，需其法定代理人簽名。

會員簽名:_____ 配偶簽名:_____

子女簽名:_____ / _____ / _____

法定代理人簽名:_____ (被保險人未滿 18 足歲，請法定代理人親簽姓名)

※若有任何問題請電洽服務窗口：雄獅保經楊玄榛 聯絡電話: 02-77240900#6621 手機號碼：0968-977559 電子信箱：
hsuanchenyang@lionis.com

【社團法人新北市建築師公會-眷屬自費團體保險投保資料表】填寫範例

員工基本資料(以下資料必填)

員工姓名：林大雄 身份證字號：A123456789 出生年月日：650321

子女勾選投保計劃：

生日 100/05/17 後 請勾計劃 1

91/11/17~100/05/16 請勾計劃 2

肆、眷屬自費參加者投保資料

(注意事項：1.以下投保資料請以正楷填寫，**若填寫錯誤，請被保險人於塗改處簽名。** 2.禁複保：每位員工或眷屬限單一身分申請投保 (例如配偶或兄弟姐妹同為本要保單位員工時，不得再以眷屬身分重複加保或為父母、子女重複投保)。

申請異動項目	身份	被保險人		國籍 (本國免填)	出生年月日	身分證字號 (外籍人士請填寫有效居留證號)	工作性質	投保計劃 (不可重複勾選)
		姓名(親簽) (外籍人士請填寫護照英文姓名)						
<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	配偶	<u>王小花</u>			<u>750123</u>	<u>A223456789</u>	<u>家管</u>	計劃 2
<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	子女 1	<u>林小光</u>			<u>1010808</u>	<u>A113456789</u>	<u>學生</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 計劃 1 <input type="checkbox"/> 計劃 2
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	子女 2							<input type="checkbox"/> 計劃 1 <input type="checkbox"/> 計劃 2
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	子女 3							<input type="checkbox"/> 計劃 1 <input type="checkbox"/> 計劃 2

註:1.被保險人親簽：未滿 7 足歲者由法代代為親簽，7 足歲(含)以上者由本人親簽。被保險人未滿 18 足歲者，需其法定代理人簽名。

員工簽名：林大雄 配偶簽名：王小花

子女簽名：林小光 / /

法定代理人簽名：林大雄(父或母親) (被保險人未滿 18 足歲，請法定代理人親簽姓名)

※若有任何問題請電洽服務窗口：雄獅保經楊玄榛 聯絡電話: 02-77240900#6621 手機號碼：0968-977559

電子信箱：hsuanchenyang@lionis.com

保險費繳交方式及聲明:

1.信用卡: 限以員工本人所持有信用卡繳納保費。2.電匯:請匯款至公會帳戶 3.現金: 請於公會繳交。

(採取電匯方式請務必將匯款單

MAIL或傳真至公會，謝謝!)

新北市建築師公會信用卡付款單

地址：220 新北市板橋區中山路一段 293-1 號 6 樓

電話：(02)8953-4420 代表號

傳真：(02)8953-4426

【信用卡付款資料】

信用卡別	<input type="checkbox"/> VISA Card <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> JCB		
發卡銀行			
信用卡卡號			
信用卡有效期限	西元	年	月止
消費日期	民國	年	月 日
卡片背面簽名欄 上數字後三碼			
付款總金額	新台幣 萬 千 百 拾 元整 (請以大寫金額填寫：壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、零)		
簽名	(與卡片背面簽名一致)		
商店代號	(此欄由公會填寫即可)	授權碼	(此欄由公會填寫即可)
※持卡人同意依照信用卡使用約定，一經使用或訂購物品，均應按所示之全部金額，付款予發卡銀行。			

【會員資料】

會員證號		會員姓名	
連絡電話			
繳款項目	115 年度會員及眷屬團保自費加保專案		

※限於上班時間內傳真至本會專線02-89534426或e-mail至

ntc102@ntcaa.org.tw，並請立即來電02-8953-4420分機102黃筱涵小姐確認是否收到。截止日 115 年 4 月 30 日止。

新光人壽投保申請表暨健康聲明書

機密等級:機密
(團體險專用)

114年09月修訂

要保單位： 社團法人新北市建築師公會						保單號碼：							
被保險人 (關係)	姓名	性別	出生 年月日	身份證字號						職業類別/ 工作內容	計劃別	身高 (公分)	體重 (公斤)
(1)本人		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
(2)配偶		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
(3)子女		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
(4)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
(5)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
(6)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> 是(姓名：_____); 如勾選是者，請提供。 <input type="checkbox"/> 否。													
◎被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是(姓名：_____); 如勾選是者，請提供相關證明文件。 <input type="checkbox"/> 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。						眷 屬 / 關 係							
						(1) 本人	(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?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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(指實性心跳過速、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)。			(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。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(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)。													

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。	眷 屬 / 關 係					
	(1) 本人	(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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
七、已確知懷孕? (懷孕 週) (女性被保險人回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____	
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 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

被保險人簽章

要保單位覆證：

(1) 本人：	簽章	監 護 人：	簽名
(2) 配偶：	簽章	法定代理人：	簽章
(3) 子女：	簽章	法定代理人：	簽章
(4) _____：	簽章	法定代理人：	簽章
(5) _____：	簽章	法定代理人：	簽章
(6) _____：	簽章	法定代理人：	簽章

日 期： 年 月 日

新 光 人 壽 專 用

審 查 意 見	(1)本人：	核 保 人 簽 章
	(2)配偶：	
	(3)子女：	
	(4)	
	(5)	
	(6)	

收件人：

新光人壽投保申請表暨健康聲明書

機密等級:機密
(團體險專用)

範 本

114年09月修訂

要保單位：						保單號碼：					
被保險人 (關係)	姓名	性別	出生 年月日	身份證字號		職業類別/ 工作內容	計劃別	身高 (公分)	體重 (公斤)		
(1)本人	王志明	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	66/01/05	A	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	內勤		180	70		
(2)配偶	陳美美	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	70/08/13	F	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	會計		160	50		
新進會員保險年齡65歲需填寫健康聲明書供保險公司核保,通過後始生效,如欲申請配偶自費加保亦同。											
(6)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> 是(姓名: _____);如勾選是者,請提供。 <input checked="" type="checkbox"/> 否。											
◎被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是(姓名: _____);如勾選是者,請提供相關證明文件。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。						眷 屬 / 關 係					
						(1) 本人	(2) 配偶	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?						<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
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)						<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
(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)				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
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)						<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
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)						<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
(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(指實性心跳過速、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。		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

範 本

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	(2) 配偶	眷 屬 / 關 係
	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？	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
七、已確知懷孕? (懷孕 25 週) (女性被保險人回答)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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。	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(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
王立人	高血壓	111/01/12	新光醫院	<input checked="" type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他____	服藥中
王立人	痛風	100/11/23	新光醫院	<input checked="" type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他____	服藥中
張小美	感冒	113/05/18	大大診所	<input checked="" type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他____	已痊癒
張小美	膽管炎	112/09/29	新光醫院	<input type="checkbox"/> 門診 <input checked="" type="checkbox"/> 住院,約 3 天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他____	已痊癒

- (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。

被保險人請親自簽名

被保險人簽章

- (1) 本人：王志明
 (2) 配偶：陳美美

此致

新光人壽保險股份有限公司

台照

要保單位覆證

簽章
簽章
簽章
簽章
簽章

監 護 人：
法定代理人：
法定代理人：
法定代理人：

簽名
簽章
簽章
簽章

日 期：××× 年 ×× 月 ×× 日

新 光 人 壽 專 用

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

收件人：