中國信託金控 台灣人壽

員工暨眷屬自費參加團體保險計劃說明書(113 年度)

【投保資格】

※本年度保險期間自 113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日 24 時止，員工之眷屬【含配偶、子女、父母、配偶父母】可以自費投保團體保險方案，保費由員工全額負擔。

1. 加　　保：保單年度中可隨時申請加保，於台灣人壽收訖之次月一日零時並經核保過後始生效力，申請加保或升等一般保險方案需填寫「團體保險被保險人投保申請表暨健康告知聲明書」，經核保通過後生效，若未通過核保，則一般保險方案所有險種自始不生效力。
2. 禁 複 保：每位被保險人限投保一份（例如配偶或兄弟姊妹或子女同為本要保單位或同屬關係企業之員工時，不得再以眷屬身份重複加保或為父母、子女重複投保，即使投保險種不重複亦同）。
3. 退　　保：保單年度中可隨時申請退保，以台灣人壽收訖退保通知之次月一日零時失效，且一經申請退保則同一保單年度中不再受理重新加保申請；員工離職或眷屬喪失參加資格時，其自費保險同時終止，以要保單位通知退保日之次月一日零時失效。
4. 承保年齡：員工／配偶首次投保需滿 15 足歲，最高承保年齡 75 足歲；父母最高承保年齡 80 足歲；子女最高承保年齡 25 足歲【子女年滿 15 足歲時自動由未滿 15 足歲方案轉換為保費同等級之 15 足歲以上方案】。
5. 受 益 人：各項受益人約定依保險契約約定辦理。

一般保險方案（需填寫：團體保險被保險人投保申請表暨健康告知聲明書）　　單位：新台幣/元

身份別		員工		配偶		15 足歲以上子女		未滿 15 足歲子女		父母	
方案別		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
重大疾病險 含身故，等待期 60 天		25 萬	50 萬	25 萬	50 萬	25 萬	50 萬	-	-	-	-
重大疾病 不含身故，等待期 60 天		-	-	-	-	-	-	25 萬	50 萬	-	-
住院醫療險	（一）實支實付型 每日住院費 醫院各項雜費 外科手術費 醫師診查費	-	-	1,000 24,000 30,000 500	2,000 48,000 60,000 1,000	1,000 24,000 30,000 500	2,000 48,000 60,000 1,000	1,000 24,000 30,000 500	2,000 48,000 60,000 1,000	-	1,200 24,000 36,000 600
	（二）日額給付型 住院費用補償			1,000	2,000	1,000	2,000	1,000	2,000		1,200
		一、 第（一）項給付依「正本」收據於單項限額內實支實付（詳約定及注意事項），同一住院期間天數限制為 365 日。 二、 第（一）、（二）項保險給付，二者擇一使用									
住院日額	同一次住院之住院日數 第 1～30 日 第 31 日～90 日 第 91 日～365 日	-	-	-	-	-	-	-	-	1,200 1,500 1,800	-
癌症險 等待期 30 天	癌症住院日額給付 癌院出院後療養金 癌症手術治療保險金 癌症門診保險金	-	-	1,000 1,000 25,000 1,000	2,000 2,000 50,000 2,000	1,000 1,000 25,000 1,000	2,000 2,000 50,000 2,000	1,000 1,000 25,000 1,000	2,000 2,000 50,000 2,000	-	-
月繳保費(單位：新台幣/元)		20/人	40/人	205/人	410/人	103/人	207/人	103/人	207/人	505/人	645/人

意外保險方案（免填填寫：團體保險被保險人投保申請表暨健康告知聲明書）　　單位：新台幣/元

身份別	員工		配偶		滿 15 足歲子女		未滿 15 足歲子女		父母	
方案別	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
意外傷害險	100 萬	200 萬	100 萬	200 萬	50 萬	100 萬	-	-	50 萬	100 萬
特定意外事故保險	100 萬	200 萬	100 萬	200 萬	50 萬	100 萬	-	-	50 萬	100 萬
意外傷害醫療險	-	-	1 萬	2 萬	1 萬	2 萬	1 萬	2 萬	1 萬	2 萬
意外傷害門診日額	-	-	-	-	-	-	100	200	-	-
意外傷害住院日額	1,000	2,000	1,000	2,000	1,000	2,000	1,000	2,000	-	500
月繳保費（單位：新台幣/元）	62/人	123/人	89/人	178/人	56/人	110/人	56/人	110/人	55/人	130/人

註 1：意外保險方案員工須先加保始得為眷屬投保，且眷屬保額不得大於員工本人

中國信託金控 台灣人壽

員工暨眷屬自費參加團體保險申請書(113 年度)

公司名稱：		部門代號：		本年度是否需簽回申請書：N (僅指續保無變動者)
員工姓名		身分證號		公司電話	分機
員工編號		行動電話		E-mail	

【被保險人基本資料暨聲明事項】

1. 本人（員工）暨眷屬同意參加本保險計劃，經保險公司核保通過後並同意每月自本人薪資中代扣保險費。
2. 被保險人（本人/眷屬）同意若已自費投保實支實付醫療保險（含傷害醫療）累計同業已達二張時，台灣人壽可主動取消參加自費團體保險資格。
3. 本人（被保險人）同意貴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。
4. 本人（被保險人）同意貴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	被保險人姓名 (請親自簽名)	出生(民國) 年月日	身分證字號 （護照號碼）	工作內容	投保計畫別 一般方案	投保計畫別 意外保險	外籍人士請填寫 國籍/性別 護照英文姓名
1 本人 (法定代理人)					□A □B □退保	□A □B □退保	
2 配偶					□A □B □退保	□A □B □退保	
3 子女 (1)					□A □B □退保	□A □B □退保	
3 子女 (2)					□A □B □退保	□A □B □退保	
3 子女 (3)					□A □B □退保	□A □B □退保	
3 子女 (4)					□A □B □退保	□A □B □退保	
4 父親					□A □B □退保	□A □B □退保	
5 母親					□A □B □退保	□A □B □退保	
6. 配偶 父母					□A □B □退保	□A □B □退保	
7. 配偶 父母					□A □B □退保	□A □B □退保	

上述被保險人目前是否受有監護宣告？

□否

□是（請填寫被保險人姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿，並請提供相關證明文件。）

上述被保險人目前是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？

□否

□是（請填寫被保險人姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿，並請提供相關證明文件。）

【註】

1. 若被保險人為未成年或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者，需其法定代理人/監護人/輔助人簽名。
2. 受益人指定二人以上，除特別指定比例或順位給付方式外，由該項保險金之所有受益人平均分配。

【指定受益人之聯絡方式】受益人指定如為身分別之指定，及不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話，則以要保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。

受益人姓名	依要保書約定	聯絡電話	(　　) 依要保書約定	聯絡地址	□□□ 依要保書約定

【注意事項】

1. 上述資料，如有修正或異動，請被保險人於調整處親自簽名確認。
2. 依保險法第 105 條規定，訂立死亡保險契約，應經被保險人書面同意。
3. 本計劃由台灣人壽提供，詳細保險保障及相關權益係以簽訂之保險單及條款為準。

要保人(要保單位)
暨負責人/代表人
簽章

中華民國＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

保險公司審核欄	保險公司受理欄

中國信託金控 台灣人壽

台灣人壽保險股份有限公司
蒐集、處理及利用個人資料告知書

本公司蒐集您的個人資料時，依據個人資料保護法(以下稱個資法)規定，應明確告知您下列事項：

1. 非公務機關名稱：台灣人壽保險股份有限公司(即本公司)。
2. 蒐集之目的：(001)人身保險、(040)行銷(包含金融控股公司子公司間共同行銷)、(059)金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(包含金融控股公司為管理被投資事業而建置資料庫並進行業務分析或產出報表)、(061)金融監督管理與檢查、(173)其他公務機關對目的事業之監督管理、其他金融管理業務、(060)金融爭議處理、(030)仲裁、訴願及行政救濟、(113)陳情、請願、檢舉案件處理、(063)非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用、(069)契約、類似契約或其他法律關係事務、(090)消費者、客戶管理與服務、(091)消費者保護、(098)商業與技術資訊、(104)帳務管理及債權交易業務、(136)資(通)訊與資料庫管理、(137)資通安全與管理、(160)憑證業務管理(含 OTP 動態密碼)、(116)場所進出安全管理、遵守與配合國內外洗錢防制、打擊恐怖份子調查與美國經濟制裁、美國與全球稅務申報、(157)調查、統計與研究分析、(182)其他諮詢與顧問服務、(181)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
3. 個人資料之類別：個人識別資訊及社會概況(要保人、被保險人、受益人、其他保險關係人等姓名、國籍、出生年月日、身分證字號、通訊方式、教育程度、影像、語音、婚姻狀況、家庭成員、職業、休閒活動及興趣、旅行、其他遷徙細節及其他足資識別特定人之資料等)、商業活動及財務概況與保險細節(消費金額、消費地點、消費品項等、收入、所得、資產與投資、負債與支出、信用評等、保單號碼、保險細節、財務交易、金融機構帳戶等)、行動及網路媒體資訊(例如 Facebook、LINE 等平台資訊，包括用戶名稱、帳號、封面相片及大頭貼照、朋友名單、興趣、討論群組、按讚及留言分享紀錄、行動裝置識別碼、網際網路協定(IP)位址、網際網路瀏覽軌跡、Cookie、行動裝置所在地)、生物特徵(例如指紋、指靜脈、被保險人之病歷、醫療、健康檢查等)及其他詳如相關業務文件、申請書或契約書之內容，並以本公司與客戶往來之相關業務、帳戶或服務及自客戶或第三人處理所實際蒐集之個人資料為準。
4. 個人資料來源：(1)本公司向要(被)保人直接蒐集、(2)客戶自行公開或其他已合法公開、(3)本公司向第三人(如：本公司所屬中國信託金融控股公司及交互運用客戶資料之子公司、本公司合作夥伴(如:廣告商、電信公司、設備廠商...等)、當事人之法定代理人或輔助人、各醫療院所、與第三人共同行銷或交互運用客戶資料或合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人)蒐集。本公司向第三人蒐集資料時，可能將您的電子郵件地址(Email)、電話號碼、行動裝置識別碼、網際網路通訊協定(IP)位址、CookieID...等資料提供予第三人，做為資料串接識別之工具。
5. 個人資料利用之期間、地區、對象及方式：
   (1) 期間：特定目的存續期間、依相關法令所定(例如商業會計法等)或因執行業務所必須之保存期間或依個別契約就資料之保存所定之保存年限。(以期限最長者為準)。
   (2) 地區：「個人資料利用之對象」其國內及國外所在地。
   (3) 對象：本公司(含受本公司委託處理事務之委外機構)、依法令規定利用之機構(例如：本公司所屬金融控股公司等)、其他業務相關之機構(本(分)公司及本公司海外分支機構、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、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保險業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關、財團法人保險犯罪防制中心、海外急難救助公司等)、客戶所同意之對象(例如與本公司共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣業務之公司等)。
   (4) 方式：符合個人資料保護相關法令以自動化機器或其他非自動化之利用方式。
6. 依據個資法第三條規定，您就本公司保有您的個人資料得行使下列權利：
   (1) 除有個資法第十條所規定之例外情形外，得向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本，惟本公司依個資法第十四條規定得酌收必要成本費用。
   (2) 得向本公司請求補充或更正，惟依個資法施行細則第十九條規定，您應適當釋明其原因及事實。
   (3) 本公司如有違反個資法規定蒐集、處理或利用您的個人資料，依個資法第十一條第四項規定，您得向本公司請求停止蒐集。
   (4) 依個資法第十一條第二項規定，個人資料正確性有爭議者，得向本公司請求停止處理或利用您的個人資料。惟依該項但書規定，本公司因執行業務所必須並註明其爭議或經您書面同意者，不在此限。
   (5) 依個資法第十一條第三項規定，個人資料蒐集之特定目的消失或期限屆滿時，得向本公司請求刪除、停止處理或利用您的個人資料。惟依該項但書規定，本公司因執行業務所必須或經您書面同意者，不在此限。
7. 您如欲行使上述個資法第三條規定之各項權利，有關如何行使之方式，得向本公司客服 0800-099-850 或(02)8170-5156 詢問或於本公司網站（網址：www.taiwanlife.com）查詢。
8. 您得自由選擇是否提供相關個人資料及類別，惟您所拒絕提供之個人資料及類別，如果是辦理業務審核或作業所需之資料，本公司可能延後或無法進行必要之業務審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供您相關或較佳之服務。

中國信託金控 台灣人壽

聯絡電話：

團體保險被保險人投保申請表暨健康告知聲明書(C)

要保書文號：中華民國 109 年 10 月 20 日台壽字第 1092610120 號函備查
要保書文號：中華民國 112 年 01 月 01 日台壽字第 1122630012 號函備查修正

一、基本資料：為確保資料的正確性，被保險人各欄資料請以正楷填寫，如有塗改處請簽章確認。

要保單位：＿＿＿＿＿＿＿＿　分公司或部室別/代號：＿＿＿＿＿＿　員工代號：＿＿＿＿＿＿

員工地址：＿＿＿＿＿＿＿＿

(※若員工地址未填寫則以要保人(要保單位)最後所留之聯絡地址，作為日後被保險人之通知依據。)

被保險人資料	本人	配偶	子女(1)	子女(2)	父親	母親	
姓　　名							
身分證統一編號							
出生(民國)年月日							
性別(外籍人士填寫)							
國籍(外籍人士填寫)							
計　劃　別							
工作內容(含兼業)							
目前是否受有監護宣告	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否
是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否

註 1. 被保險人目前受有監護宣告或是領有身心障礙手冊或身心障礙證明(勾選是者)，請提供相關證明文件。
2. 各項保險金受益人詳團體保險要保書約定。

二、告知事項（如僅投保傷害險者，免填本告知事項）

＊被保險人應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以影響本公司對於危險之估計，本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約，保險事故發生後亦同。

被保險人健康告知事項	本人	配偶	子女(1)	子女(2)	父親	母親	
身　高(公分)	公分	公分	公分	公分	公分	公分	公分
體　重(公斤)	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
請依被保險人身分別親自回答下列事項是否有告知為「是」之情事？	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否

1. 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)

2. 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. 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（肝功能檢驗值異於檢驗標準的正常值）。 (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。

4. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？

5. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？

【請續填後頁】

6.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)。
7.是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(女性被保險人回答)
※若有投保**團體長期照顧健康保險**時，除回答第 1~7 告知事項，須另回答第 8~9 告知事項
8.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？ 阿茲海默氏病、退化性關節炎、骨質疏鬆症、失智症、退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者、椎間盤疾患，伴有脊髓病變者、脊椎狹 窄、外傷脊椎病變、脊椎腫瘤
9.過去一年內是否曾因患有運動神經元疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？
以上詢問各項如答覆「是」，請在本欄詳細註明被保險人姓名、診斷病名（部位及程度）、診治日期、醫院名稱、治療情形及現在狀況：

三、聲明事項：

1. 本人（被保險人）同意貴公司得蒐集、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）同意貴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）同意貴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. 實支實付型傷害醫療保險適用:本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保台灣人壽二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知台灣人壽有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而台灣人壽仍承保者，台灣人壽對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知台灣人壽者，同意台灣人壽對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。
5. 實支實付型醫療保險適用:本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保台灣人壽二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知台灣人壽有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而台灣人壽仍承保者，台灣人壽對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知台灣人壽者，同意台灣人壽對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任，但台灣人壽應以「日額」方式給付。

此致

台灣人壽保險股份有限公司

被保險人【本人】簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿　被保險人【配偶】簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿

被保險人【子女(1)】簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿　被保險人【子女(2)】簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿

被保險人【父親】簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿　被保險人【母親】簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿

被保險人【　　】簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿

法定代理人/監護人/輔助人簽名：＿＿＿＿＿＿（請註明關係：＿＿＿＿＿＿）

法定代理人/監護人/輔助人身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿出生日期：＿＿＿＿＿＿國籍：＿＿＿＿＿＿

（若被保險人為未滿七足歲之未成年人，由法定代理人/監護人/輔助人代為簽名；未成年或已受有監護/輔助宣告尚未撤銷者，需其法定代理人/監護人/輔助人簽名）

申請日期：＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿＿日

審查意見	受理
□標準體承保 □婉拒承保 □被保險人（姓名）　　以　　及其併發症除外承保 □ 審查人員/日期：	

2023.01 版