中國信託金控 台灣人壽

團體保險要保書(C)

受理編號：

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

※歡迎至台灣人壽網頁：「www.taiwanlife.com」了解本公司經營資訊（資訊公開說明文件），或可電洽客戶服務專線：0800-099850 或(02)81705156。

※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。

※投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。

※保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。

一、基本資料　　團體代號：　　保單號碼：（自費）3000206175

要保人（要保單位）	鈺緯科技開發股份有限公司			負責人/代表人	黃漢州
營業性質	醫療器材製造業			統一編號	89376900
電話	02-22268631	傳真		勞保職災編號	
地址	□□□□□□ 新北市中和區中山路二段 351 號 9 樓				

＊與本契約有關之各項催告及通知之送達，以要保人地址為準，如有變更時，要保人應以書面通知本公司。
＊被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將退還其他未給付部分之未到期保險費給要保人。

保險期間	自民國 113 年 01 月 01 日零時起至民國 114 年 01 月 01 日零時止		
繳費方式	□年繳 □半年繳 □季繳 ■月繳	保費分擔方式	□全部由要保單位負擔 ■全部由員工自付 □其他：_____ □員工之保費：要保單位負擔 _____%，員工分擔 _____% □眷屬之保費：要保單位負擔 _____%，員工分擔 _____%
被保險人	詳被保險人名冊	保險內容	■詳計劃書 □團保計劃(專案名稱：　　；倘不符專案規定時，同意變更保險內容為詳計劃書)

＊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）□是；■否
＊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）□是；■否

受益人	1. 失能保險金及醫療保險金之受益人：被保險人本人。 如欲指定眷屬身故前未給付保險金之受益人，可申請下列批註條款： ■申請「台灣人壽團體眷屬身故前未給付保險金受益人指定批註條款」。
	2. 身故保險金或喪葬費用保險金受益人：□同意 ☑不同意 填寫受益人之聯絡地址及電話 （受益人指定如為身分別之指定，或要保人不同意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。） ■依勞動基準法之遺屬受領補償順序(但已具名指定家屬者依其指定)（員工），眷屬身故受益人為被保險員工 □依民法所規定法定繼承人之親屬及順位(但已具名指定家屬者依其指定) □依各被保險人指定
	3. 實物給付型保險契約之受益人相關內容，請詳各契約保單條款記載。

二、告知事項：

＊被保險人填寫之「團體保險被保險人投保申請表暨健康告知聲明書」，列為本要保書內容之一部分。
＊要保人與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。

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。

※要保單位已詳閱本要保書、『要保書填寫說明』、『人壽保險投保人須知』、『蒐集、處理及利用個人資料告知書』、保險單條款樣張或影本及其他相關約定，並轉知被保險人。...■是 □否

※(實物給付型保險商品適用)要保單位已詳閱「實物給付說明書」，並轉知被保險人。...□是 □否

要保人(要保單位)蓋章　　負責人/代表人簽章

申請日期：中華民國 112 年 12 月 01 日

業務員/代理人/經紀人簽名	業務員登錄字號/執業證號
[signature]	009340231[illegible]
保經/保代公司名稱	保經/保代簽署人簽章

授權核定	審　查　意　見	出 單
	□擬依報價核定表/承保摘要表之內容承保。 □擬依＿＿＿＿＿＿＿＿團保計劃內容承保。 □　　年　　月　　日傳真報備。 其他： 審查人員/日期：	受 理 核保三科 112.12.30 受理章(1)

中國信託金控
台灣人壽

要保單位確認聲明書（團體保險/團險新旅平險適用）

要保人(要保單位)於投保前已確認及同意以下事項：

一、投保權益確認事項

(一)已確實瞭解所繳交保險費係用以購買保險商品。

(二)已確認保單適合度、投保險種、保險費、保險金額與實際求具相當性。

(三)已確認被保險人具備投保資格，且確為要保人(要保單位)之員工(成員)與眷屬，及其投保意願。

(四)已確認被保險人均已知其投保目的、需求及相關保險內容。

(五)已確認被保險人之投保內容及保險費，並無顯不相當之情形。

二、保險費屆期未繳交之通知(團體保險適用)

因應「保險法」第116條為強化對被保險人權益服務之規定，要保人(要保單位)同意配合下列作業：

(一)要保人(要保單位)於投保時將提供被保險人之聯絡地址予台灣人壽，以利台灣人壽遇第二期以後保險費屆期未繳交時，得寄送保險費未繳交通知予被保險人。

(二)要保人(要保單位)因故未能提供上述聯絡地址者，台灣人壽會將上述通知連同被保險人清冊，改寄送至要保人(要保單位)最後所留之聯絡地址，要保人(要保單位)將協助轉知予被保險人清冊所載之被保險人。

此致

台灣人壽保險股份有限公司

要保人(要保單位)：　　(蓋章)

負責人/代表人：　　(簽章)

中華民國　112　年　12　月　01　日

約　　定　　書

鈺緯科技開發股份有限公司　　**(以下稱甲方)**

台灣人壽保險股份有限公司　　**(以下稱乙方)**

就乙方承保甲方成員之團體保險，雙方同意基於誠信互信原則下，依保單號碼： 3000206175 保險契約(下稱本保險契約)之保單條款內容及本約定書如下約定辦理團體保險：

一、本保險契約之保險期間(下稱本保單年度自民國 113 年 01 月 01 日零時起一年。乙方同意本保單年度內，除非發生下列情形外，乙方將不調整下一保單年度之保險內容或保險費率：

(一) 要保單位投保生效之被保險員工人數少於 50 人。

(二) 乙方如因法令變動及主管機關指示而有調整保險內容或保險費率之必要時。

二、本約定書乙式貳份，內容經甲乙方雙方用印簽署後生效，並分別由甲、乙雙方各執乙份為憑。

鈺緯科技開發股份有限公司　　台灣人壽保險股份有限公司

中國信託金控
台灣人壽

2619011

保險契約審閱期間確認聲明書（團體保險/團體新旅平險適用）

一、本人(即要保人，以下同)因投保台灣人壽下列商品(**以下請勾選**；未列於下表者，請於空白格內填寫商品中文全名。)

□台灣人壽安心幸福團體重大疾病保險 CJ0	□台灣人壽安心幸福團體傷害醫療限額保險附約 HU0
□台灣人壽安心幸福團體重大疾病健康保險(甲型)CH0	□台灣人壽安心幸福團體傷害門診給付保險附約 HV0
□台灣人壽安心幸福團體日額型健康保險附約 MA0	□台灣人壽團體傷害醫療住院日額保險附約 HA1
□台灣人壽安心幸福團體住院醫療限額健康保險 CI0	□台灣人壽安心幸福團體被保險人異動加退保新批註條款 GICME2
□台灣人壽安心幸福團體急診限額健康保險附約 M90	□台灣人壽安心幸福團體保險身故保險金或喪葬費用保險金受益人指定及變更批註條款 GBCE
□台灣人壽安心幸福團體一年定期癌症健康保險 NX0	□台灣人壽團體眷屬身故前未給付保險金受益人指定批註條款 GBDE
□台灣人壽安心幸福團體一年定期傷害保險 C20	□台灣人壽安心幸福團體保險成員父母批註條款 GPIE
□台灣人壽團體全方位傷害保險附約 H50	□台灣人壽團體保險被保險人異動通知方式批註條款—□V 型(GN31) □W 型(GN32) □X 型(GN33)
□台灣人壽	□台灣人壽
□台灣人壽	□台灣人壽
□台灣人壽	□台灣人壽

經□業務人員親送 □傳真 □郵寄 □網路 ■電子郵件(可複選)之方式取得保險契約條款樣張。

二、本人就上述保險契約條款樣張之審閱期間聲明如下（請擇一勾選）：

□本契約條款樣張已於民國＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日提供本人審閱（審閱期間至少三日）。

□其 他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

此 致

台灣人壽保險股份有限公司

要保人(要保單位)簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿ 負責人/代表人簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿

聲 明 日 期：民國＿＿＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿＿＿＿日

業務員/保險經紀人/保險代理人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿/＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

NE2520

2023.07 版