南山人壽

明基友達集團 115 年度員工及眷屬自費團體保險加退保申請書

A.保單基本資料

保戶編號：A5908　　保單號碼：GU00073892

本年度保險期間自 115 年 1 月 1 日零時至 115 年 12 月 31 日二十四時止，同仁可以自費為本人、配偶、子女、員工及配偶之父母投保團體保險方案，保費由同仁全額負擔。

B.投保規則/參加辦法

◎特別約定:申請書未回者,視同同意依本年度投保內容繼續投保

◎請先閱讀下列申請辦法，書寫資料若有塗改，請在塗改旁簽名(本人簽名)，以免退件。

1.加　　保：保單年度中可隨時申請加保，於南山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「團體保險加保約定書」並經核保通過後生效，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）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，請填寫本申請書辦理退保，以南山人壽收訖退保通知之次月一日零時失效；員工喪失被保險人資格時，其眷屬將同時喪失被保險人資格，以要保單位通知退保日之次月一日零時失效。一經退保，僅得於年度開放投保申請時重新提出加保申請。

4.承保年齡：員工／配偶-首次投保需滿 15 足歲，最高承保至 75 足歲；父母-首次投保需滿 35 足歲，最高承保至 80 足歲；子女-需未滿 25 足歲，最高承保至 25 足歲，**子女年滿 15 足歲時自動由未滿 15 足歲方案轉換為同等級之 15 足歲以上方案**。

5.受 益 人：依保險契約約定辦理。

備註：倘未滿 15 足歲子女本次僅「申請投保意外傷害醫療保險」，或本次雖有投保「意外傷害保險」，但於南山人壽及其他保險業已投保之喪葬費用保險金額仍未達限額者，可優先規劃補足未滿 15 足歲子女之限額缺口，如有為前述未滿 15 足歲子女補足限額缺口之需求，可洽南山人壽或您的業務服務員。

C.保險內容：本表所載僅供參考，一切給付依保單條款為憑

單位：新台幣元

套組一-一般保險方案（需填寫「團體保險加保約定書」）

身分別		員工		配偶		滿 15 足歲子女		滿 15 足歲子女		父母/配偶父母	
方案別		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
重大疾病保險（等待期 60 天）		25 萬	50 萬	25 萬	50 萬	25 萬	50 萬	---	---	---	---
新重大疾病保險（等待期 60 天）		---	---	---	---	---	---	25 萬	50 萬	---	---
住院醫療險-甲型	(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 (二) 日額給付型 住院費用補償保險金	---	---	1,200 24,000 30,000 500 1,200	2,400 48,000 60,000 1,000 2,400	1,200 24,000 30,000 500 1,200	2,400 48,000 60,000 1,000 2,400	1,200 24,000 30,000 500 1,200	2,400 48,000 60,000 1,000 2,400	---	1,200 24,000 36,000 600 1,200
		(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。(一)、(二) 項保險給付，二者擇一使用。									
住院日額險	同一次住院之住院日數 第 1 日~ 30 日 第 31 日~ 90 日 第 91 日~ 365 日	500 625 750	500 625 750	---	---	---	---	---	---	1,200 1,500 1,800	---
癌症醫療保險（等待期 30 天）	癌症住院日額給付 癌症出院後療養金 癌症手術治療保險金 癌症門診醫療保險金	---	---	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		45/人	70/人	286/人	561/人	146/人	306/人	146/人	306/人	518/人	667/人

套組二-意外保險方案（免填寫「團體保險加保約定書」）(註 1)

身分別	員工		配偶		滿 15 足歲子女		未滿 15 足歲子女		父母/配偶父母	
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
航空意外事故保險	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	-	-	-	-		-	200	400		
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	68/人	137/人	99/人	200/人	61/人	122/人	61/人	122/人	60/人	145/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

南山人壽

明基友達集團 115 年度員工及眷屬自費團體保險加退保申請書

保戶編號：A5908　　保單號碼：GU00073892

團體保險履行個人資料保護法告知義務及內容

南山人壽保險股份有限公司（下稱南山人壽）因訂立團體保險契約（以下稱本契約），基於契約投保所需，將對被保險人、法定代理人或輔助人所提供之個人資料進行蒐集、處理、利用，謹依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項規定告知下列事項，請詳閱:

一、蒐集之目的

(001)人身保險、 (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、(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、(181)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、出生年月日、身分證統一編號（居留證號)、地址、國籍、家庭成員、聯絡電話(行動電話)、部門名稱、結婚年月日、保險細節、授權繳費之信用卡相關資料、病歷、醫療、健康檢查之個人資料，及其他基於本契約所提供之個人資料。

三、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：要保單位、南山人壽、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、財團法人金融消費評議中心、台灣票據交換所、財團法人聯合信用卡中心、招攬本契約之保險經紀人或保險代理人、業務委外機構、與南山人壽有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關、保險公司辦理台端身分驗證時之相關機關及機構。

(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。

四、依據個資法第三條規定，就南山人壽保有之個人資料得行使之權利及方式

(一)得向南山人壽行使之權利：查詢、請求閱覽或請求製給複製本。請求補充或更正。請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二)行使權利之方式：除以電話查詢個人資料或南山人壽另有規定外，行使權利之方式以書面為之。如有疑問，得與南山人壽免費服務專線 0800-020-060 聯絡，南山人壽將協助處理相關請求。

五、不提供個人資料所致權益之影響

若未能提供相關個人資料時，南山人壽將無法辦理本契約投保事宜。

南山人壽

明基友達集團 115 年度員工及眷屬自費團體保險加退保申請書

保戶編號：A5908　　保單號碼：GU00073892

D.加退保表格

公司名稱:_____**員工姓名：**_____**身分證字號：**_____**員工工號：**_____

部門名稱：_____**聯絡電話:** _____**分機:**_____**行動電話 ：**_____**Email 信箱：**_____

被保險人明細：書寫資料若有塗改，請在塗改旁簽名(本人簽名)，以免退件。(註 1)非中華民國國籍者需於備註欄加註國籍資料及英文全名。

加保	退保	身份別	被保險人親簽 (請以正楷填寫)	身分證字號	出生日期	備註 *(註1)	投保計劃別 套組一 一般保險	投保計劃別 套組二 意外保險	居住所郵遞區號 聯絡電話	地址	
☐	☐	本人					☐A 或☐B	☐A 或☐B	.....		
☐	☐	配偶					☐A 或☐B	☐A 或☐B	.....		結婚年月日: _____
☐	☐	子女					☐A 或☐B	☐A 或☐B	.....		未滿 18 足歲子女之法定代理人親簽: _____
☐	☐	子女					☐A 或☐B	☐A 或☐B			
☐	☐	子女					☐A 或☐B	☐A 或☐B			
☐	☐	員工父親					☐A 或☐B	☐A 或☐B	.....		
☐	☐	員工母親					☐A 或☐B	☐A 或☐B			
☐	☐	配偶父親					☐A 或☐B	☐A 或☐B	.....		
☐	☐	配偶母親					☐A 或☐B	☐A 或☐B			

約定及注意事項：

*本人（被保險人）同意南山人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。

*本人（被保險人）同意向南山人壽加保本保險內容，並同意**明基友達光電股份有限公司集團暨其關係企業**從員工本人薪資中代扣繳交本人及本申請書所載本人眷屬應繳付之保險費。

*本申請書需親簽之欄位，未滿七足歲者或其他無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽名。

*本人(被保險人、要保人)同意南山人壽就本人之個人資料，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。

*本人(被保險人、要保人)同意南山人壽將本申請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。

*本人(被保險人)於填寫本加保申請書時，已審閱南山人壽所提供之『團體保險履行個人資料保護法告知義務內容』。

*南山人壽將會依「保險業招攬及核保理賠辦法」等相關規定，對被保險人進行財務核保暨生存調查、抽樣電訪、抽樣體檢等作業。

*南山人壽對於本保單之上述被保險人保有最終承保與否之決定權。

*本保險商品皆為團體一年定期保險，續保須經契約雙方議定，南山人壽不保證續保。

*倘本次申請投保「含實支實付型保險給付、且保單條款已約定理賠申請時需檢附醫療費用收據正本」之商品者(以下簡稱本商品），本人(被保險人、要保人)知悉並確認招攬人員已充分說明下述保險權益，明確知悉所投保商品理賠原則：

本商品保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，南山人壽僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

註:同性質保險商品：係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如：數張實支實付型傷害醫療保險為同性質，但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

E.員工本人及要保單位簽署

(員工本人)_____ 親簽

申請日期：____年____月____日

要保單位及負責人簽章

(應與原要保書所蓋之印鑑相同)

南山人壽團險服務Line@

南山人壽

團體保險加保約定書

2024 年 10 月版
107.7.30(107)南壽核字第 091 號函備查
113.10.1 南壽核字第 1130000047 號函備查

Index: | | | | | | | | | G

※本團體保險加保約定書附於並構成團體保險要保書之一部份。

_____(相關單位)受理欄
受理日(合約生效日/復效日)

業務員姓名：_____
業務員代號：_____

請黏貼條碼於正上方

南山人壽使用欄

☐新加保（投保計劃_____）
☐重新投保（投保計劃_____）
☐變更（☐加保；☐投保計劃_____）

保戶編號：_____- _____(分支代號) 保單號碼：_____

要保人(要保單位)：_____

(一) 基本資料

主被保險人(員工/成員)	姓名：	部門別：	職位：	職業類別：	等級：
地址(住所)：			聯絡電話： 僱用日期：		婚姻狀況： ☐單身 ☐已婚

被保險人身分別	本人						
姓名							
身分證統一編號							
出生年月日							
性別							
請問被保險人目前是否受有監護宣告? 請依被保險人身分別於下列「勾選事項」勾選，如勾選〝是〞者，請提供相關證明文件。							
勾選事項	是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐

(二) 告知事項：打*之處，請參閱「**要保書填寫說明**」。

被保險人身分別	本人						
身高(公分)							
體重(公斤)							
職業及兼業(SN1)：工作內容(及兼業)							
請依被保險人身分別於下列「告知事項」欄位親自回答第 1~7 項是否有告知為〝是〞之情事？							
告知事項	是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐
1.*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？							
2.*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)							
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 舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、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、塵肺症、肺結核 (4)肝炎、肝硬化、*肝功能異常(GOT、GPT 值檢驗值有異常情形者) (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、愛滋病或愛滋病帶原 (11)心內膜炎、支氣管擴張症、肝內結石							

4.*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、肺膿瘍、肺栓塞
(5)乳漏症、陰道異常出血(女性被保險人回答)
(6)十二指腸潰瘍或出血、氣喘、痛風、高血脂症、青光眼、白內障、(以下請由女性被保險人回答)乳腺炎、子宮內膜異位症

5.女性被保險人回答：是否已確知懷孕？如是，已經幾週？

6.過去五年內是否曾因受傷或生病*住院治療七日以上？

7.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。

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。

被保險人注意事項：「被保險人告知事項」應由被保險人親自填寫並誠實告知，如有違反告知義務之情事，足以影響本公司對於危險的估計者，本公司得依保險法第六十四條之規定，解除被保險人資格，其保險事故發生後亦同。

要保人與被保險人向南山人壽保險股份有限公司聲明同意下列事項:

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。

◎本人(被保險人)於填寫本加保約定書時，已審閱 貴公司所提供之『團體保險履行個人資料保護法告知義務內容』。

※針對以上填寫內容，本人(被保險人)已充分了解並確認內容正確後親自簽名。

【本加保約定書如有塗改，請於塗改處簽名】

被保險人同意暨簽名							

法定代理人簽名: _____ **申請日期:**_____**年**_____**月**_____**日**

(未滿七足歲者或其他無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽名。)

◆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。◆本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站 (https://www.nanshanlife.com.tw/) 查閱，或電洽 0800-020-060 詢問，或至本公司各分支機構洽詢索取。總公司：台北市信義區莊敬路 168 號。

本 欄 僅 供 核 保 人 員 使 用	**南山人壽使用欄**
核保人員: **日期:**	☐**標準體承保** ☐**加費件(次標準體)** ☐**拒保** ☐**延期** ☐**退件**