

※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，以避免權益受損。
※本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目。
※要保人可透過免費服務電話(0800-036-599)或本公司網站(www.cathaylife.com.tw)、總公司、分公司及通訊處所提供之電腦查閱資訊公開說明文件。

保單號碼 G300005495,G300005496

壹、員工本人資料-【以下資料係投保建檔之依據，請以正楷詳實填寫清楚】

Table with 5 columns: 姓名, 單位, 職稱, 員工編號, 聯絡電話, 行動電話, 通訊地址, 電子信箱

貳、投保基本資料及保險計劃-【需員工本人投保後眷屬始得加保】

Table for insurance plan details with columns: 投保身分, 姓名, 身份證字號, 出生年月日, 受益人, 關係, 投保計劃(請填入等級), 應繳保費(元)

◎眷屬投保身分代碼：0(員工) 1(配偶) 2(子女) 3(父母)
◎身故保險金受益人限指定直系親屬或法定繼承人，如未指定受益人，則以被保險人之<法定繼承人>為指定之受益人。
◎並請被保險人於本頁簽名確認，未經簽名本單無效。

實際應收依核保名冊為準 應收總保費： 實際應收總保費： 共 人

參、被保險人告知事項(新加保人員請另填健康聲明書及被保險人監護宣告詢問事項，續保人員免填)

肆、被保險人聲明事項：

- 一、本人於填寫上該自繳要保書時，已審閱 未審閱 貴公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」及所附「人壽保險投保人須知」併於如下「員工本人及眷屬配偶簽名處」親自簽名為憑。
二、本人同意 貴公司依核保結果，授權員工消費合作社，由員工本人薪資帳戶項下扣繳本人及眷屬之保險保費，並彙總交付 貴公司。

此致 國泰人壽保險股份有限公司

員工簽名： 配偶簽名： 子女1簽名：
子女2簽名： 子女3簽名： 法定代理人：
父母1簽名： 父母2簽名：
中華民國： 年 月 日

要保書填寫說明

- 一、業務員登錄證？業務員登錄證係業務員所屬之保險公司依財政部公佈之「保險業務員管理規則」核發，為具有招攬保險之資格證件。業務員招攬保險時，應出示登錄證，並詳細告知授權範圍。
二、什麼是「要保書」？要保書是指要保人向保險公司申請投保時所填寫的書面文件。主要內容包括：要保人之姓名、職業、住所、保險金額、營業項目、被保險人之姓名、出生年月日、職業、地址、電話、身分證字號、受益人指定欄、要保事項、要保人、被保險人聲明事項、要保人與被保險人簽章等。
三、誰來填寫要保書？要保書應由要保人及被保險人本人親自填寫並簽章，未經契約當事人同意或授權，保險經紀人、代理人及業務員均不得代填或代簽。若要保人或被保險人為未成年者，當經其法定代理人的同意，並於要保書上簽章。
四、什麼是「要保人」？要保人是指對保險標的具有保險利益，向保險人申請訂立保險契約，並負有交付保險費義務之人，其權利及義務為：
(一)權利：1.指定各類保險金之受益人。 2.申請契約變更。 3. 終止契約。
(二)義務：1.繳納保險費。 2.被保險人職業或職務變更及保險事故發生之通知。
五、什麼是「被保險人」？所謂被保險人，指保險事故發生時，遭受損害，享有賠償請求權之人。
六、要保人、被保險人、保險人之間必須有什麼關係？要保人對於被保險人須有保險利益，才可以訂立保險契約，而依保險法第二十條之規定，凡基於有效契約所生之利益，亦得為保險利益。
七、什麼是「受益人」？所謂「受益人」係指被保險人或要保人約定享有賠償請求權之人。
(一)受益人應有請求保險金之權利外，並可基於利害關係人之身分代繳保險費。
(二)受益人之義務則應於知悉保險事故發生後通知保險公司。
八、受益人應如何指定？人數無限制，中途得以變更，次數亦無限制。
九、要保書上要填寫什麼「地址」？有何重要性？要保書中之地址係指要保人住所，要保人應確實填寫。要保人住所是保險契約所有文件之送達地址，若有變更時，要保人應即以書面通知本公司。
十、要保書上的「年齡」如何計算？被保險人的投保年齡，以足歲計算，但未滿一歲的零數超過六個月的加算一歲，要保人在申請投保時，應將被保險人的真實出生年月日，在要保書填明。
十一、什麼是「主契約」或「主約」？要保人可向保險公司單獨購買之保險商品，該商品通稱為主契約或主約。
十二、附加契約係指附加在主契約，用以保障特定事故的保險商品，一般稱「附約」、「附約」是不單獨販售的。
十三、什麼是「告知事項」？告知事項主要為要保書中有關被保險人身體狀況等之詢問事項。應據實說明，如有故意隱匿、或過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。
十四、要保書中對健康狀況的告知義務年期或期間(「過去兩年」、「最近兩個月」、「過去五年」)等期間如何認定？以要保人填寫要保書所載之申請日期起回溯計算兩個月、兩年、五年稱之。
十五、什麼是「健康檢查有異常情形」？(一)健康檢查結果異於檢查標準的正常值或參考值者。(二)醫師要求或建議作進一步追蹤、檢查或治療者。
十六、什麼是「治療、診療或用藥」？(一)治療：針對疾病、傷害等異常現象直接加以手術、用藥或物理治療、心理治療等。(二)診療：對於身體狀況有異常之問診、檢查或治療。(三)用藥：服用、施打或外敷藥品。
十七、「住院七日以上」怎麼認定？(一)自辦理住院手續當日算起至辦理出院手續當日止。(二)前述計算方式，中間如遇有轉院等中斷住院之情形時，需連續計算在內。
十八、對要保書中告知事項所列疾病名稱有疑問時，該怎麼辦？(一)詢問診斷醫師。(二)請洽本公司免費服務電話諮詢。電話號碼為：(0800)036-599
十九、要保書還有什麼附件？除了要保書本身之外，尚有人壽保險投保人須知(附印於要保書上)、要保書填寫說明、及保險單條款復效或影本等附件，提供給要保人及被保險人於填寫要保書參考。
二十、什麼時候需要法定代理人簽章？未滿二十歲者訂立保險契約時，須經其法定代理人簽章同意。但已婚者，不在此限。
附註：本填寫說明僅供填寫參考，有關之權利義務，仍請詳閱契約條款之約定。

人壽保險投保人須知

- 一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知其授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。
說明：保險業務員管理規則第八條規定：「業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。」如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出異議以確保其本人之權益。
二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。
說明：(一)保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。」又「要保人有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」
「前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。」
(二)因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書及體檢表內各項，以及保險公司指定醫師檢查健康狀況時之詢問事項，都需要實實在在詳細的說明或填寫清楚，不能有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明情事。(例如：被保險人過去五年內是否曾受過傷或生病住院治療七日以上?應據實告知)否則，保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約(不過，保險公司須在知有解除原因後一個月內行使)；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人(或被保險人)能證明保險事故發生原因與未告知事項無關，且因未告知事項而免責解除契約時，其已繳的保險費不須退還；這一點要保人或被保險人請特別注意以免受損失。
三、除外責任。
說明：(一)保險公司按照保險法規定，有下列原因，可以不負賠償責任。
1、要保人或受益人故意致被保險人於死者(參考保險法第一二一條)。
2、被保險人訂約或復效之日起二年內故意自殺致死者(參考保險法第一〇九條)。
3、被保險人因犯罪或死或重傷或越獄致死者(參考保險法第一〇九條)。
(二)此外在保險單條款通常都有詳細訂明各種除外責任之範圍，可以參閱。

※為配合電腦作業敬請使用黑色簽字或鋼珠筆填寫。

保單號碼

國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書

中華民國 95 年 12 月 1 日國壽字第 95120001 號備查

中華民國 109 年 8 月 1 日國壽字第 109080001 號備查

※本投保申請書暨健康告知聲明書係附於並構成「國泰人壽團體保險要保書」之一部分。

壹、被保險人基本資料

要保單位：_____

員工編號：_____ 地址：□□□ _____ 手機號碼：_____

E-Mail 信箱：_____ 身故保險金或喪葬費用保險金受益人

被保險人	姓名	出生年月日 身分證字號	職業 工作內容	投保 等級	姓名	身分證號碼	與被保人關係	聯絡電話
本人				等級_____				
配偶				等級_____				
子女				等級_____				
				等級_____				
				等級_____				
				等級_____				

監護宣告及身心障礙詢問 1. 以上被保險人是否有領取身心障礙手冊或有身心障礙證明者？ 無 有
2. 被保人是否有受監護宣告者？ 無 有，凡勾選有者，請填寫姓名及提供證明文件。姓名：

投保同業醫療險狀況 (含日額或實支實付給付擇一) 1. 以上被保險人是否有投保同業實支實付型醫療險？ 無 有，姓名：
2. 以上被保險人是否有投保同業實支實付型傷害醫療險？ 無 有，姓名：

※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，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。

貳、告知事項

被保險人目前之身高、體重	本人	配偶	子女			
	公分	公分	公分	公分	公分	公分
	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
※下面各欄內請由被保險人親自以「✓」表示告知 投保壽險者，請回答下列 1-7 項之問題；投保健康險者，請回答下列 1-8 項之問題； 有投保傷害險者，請回答下列第 9 項之問題：	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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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"/>
5. 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、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(GPT、GOT 值檢驗有異常情形者)。 (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。 (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"/>



711071



10901 版

告知事項	本人	配偶	子女			
	是否	是否	是否	是否	是否	是否
6.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.女性被保險人回答：(1)過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？(2)是否已確知懷孕？如是，已經幾週？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.(1)現在是否仍患有上述 1-7 項所列疾病？ (2)現在是否仍患有下列疾病： (A)飛蚊症、中耳炎、內耳炎、乳突炎、外耳炎、坐骨神經痛、脊椎彎曲、脊椎骨脫出症、骨折、蜂窩組織炎、史帝芬一強生症候群、骨質疏松症、肌無力、進行性肌萎縮、運動神經原疾病、硬皮症、股骨頭壞死、椎間板脫出、關節脫臼、骨膜炎、骨髓炎、關節炎。 (B)腎上腺機能亢進或低下、染色體異常、良性腫瘤、良惡性不明腫瘤、原位癌、抹片異常、膿瘍、息肉、結節、痛風、酒精或藥物濫用成癮。 (C)結核病、腦膜炎、梅毒、腦炎、水腦症。 (D)智能障礙、神經炎、神經痛、腦性麻痺、多發性硬化症、舞蹈症、癡呆症、精神官能症、憂鬱症。 (E)肺水腫、肺炎、胸膜炎、鼻中隔彎曲、鼻竇炎、慢性鼻炎、氣胸、慢性阻塞性肺部疾病、肺沉著症、肺積膿、肋膜積水。 (F)心絞痛、動脈瘤、心臟瓣膜疾病、動靜脈栓塞及血栓症、食道靜脈曲張、血液凝固缺陷、紅血球過多症、貧血、高血壓症(指收縮壓 140mmHG 舒張壓 90mmHG 以上)。 (G)肝腫大、消化性潰瘍或出血、慢性胃炎、肝膽結石、腸阻塞。 (H)腎炎、腎水腫、泌尿系統結石、血尿、膀胱炎、尿道炎、輸卵管炎、卵巢炎、骨盆腔膜炎、前列腺肥大或發炎、子宮頸糜爛、子宮脫出。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.(1)過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (A)高血壓症(指收縮壓 140mm 舒張壓 90mm 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤 (B)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症 (C)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病 (D)糖尿病 (E)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症 (F)視網膜出血或剝離、視神經病變。 (2)目前身體機能是否有下列障害： (A)失明。(B)是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表 0.3 以下。(C)聾。 (D)是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在 50 分貝(dB)以上。(E)啞。 (F)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(G)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※被保險人之健康情形若有上列 1-9 項所述的情況，請詳填：●姓名、●病名(外傷者，含受傷部位)、●就診醫院、●大約就診期間、●診療過程(門診或住院)、●有無手術、●治療結果及目前狀況						

參、聲明事項：

一、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。

二、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與否之依據。

三、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。

※本要保書告知事項均經要保人及被保險人確認，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條之規定解除契約，其危險發生後亦同。

※本人(被保險人)於填寫申請書時，已審閱貴公司所提供之「個人資料保護法應告知事項」。

被保險人簽名：

_____/_____/_____/_____/_____/_____

法定代理人/監護人/輔助人簽名： 中華民國_____年____月____日

1. _____關係 _____身分證字號 _____ 國籍 _____ 出生年月日 _____

2. _____關係 _____身分證字號 _____ 國籍 _____ 出生年月日 _____

註：若要保文件已有資料者，可免填寫關係、身分證字號及出生年月日。

業務員 1 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)	業務員 2 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)	業務員 3 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)
				職域代號	



711072



10901 版

