

# 榮總員工自費團保資料表

(113/01/01-113/12/31)

<b>員工姓名</b>		<b>員工身分證字號</b>	
<b>個人手機</b>		<b>公司聯絡電話</b>	

**保障內容：** (所有細項內容皆依保單條款為理賠依據)

保障項目	險種	計畫一	計畫二	計畫三	子女	父母/次標準
身故、 殘廢保障	1 新定期險	100萬	50萬	30萬		
	2 重大疾病(重度)	50萬	30萬	10萬		
	3 團體傷害險	500萬	300萬	100萬	100萬	100萬
	4 傷害殘廢	25~500萬	15~300萬	5~100萬	5~100萬	5~100萬
	5 重症燒燙傷	175萬	105萬	35萬	35萬	35萬
傷害醫療 (實支實付)	6 醫療保險金	3萬	2萬	1萬	1萬	1萬
住院醫療 (實支實付)	7 病房、膳食	2000	1500	1000	1000	1000
	醫療雜項費用	40000	30000	20000	20000	20000
	手術費用	50000	37500	25000	25000	25000
手術	8 手術定額	2000	1000	1000	1000	
113年	年繳保費	15450元	9400元	5070元	2950元	4250元

**被保險人基本資料：** (請以正楷填寫)

被保險人	被保險人姓名 (親簽)	身分證字號 /居留證號	出生年月日	國籍	投保計畫	保費
員工						
配偶						
子女一						
子女二						
子女三						
父親						
母親						

註：從屬被保險人如投保有死亡險(新定期險、團體傷害險)依保險法105條規定，應請被保險人親自簽名同意；被保險人如未滿20足歲，另應請法定代理人簽名。

年繳保費合計： \_\_\_\_\_

本人已閱讀本保險專案之「榮總自費團保申請說明」，且清楚了解各項說明及本表單所載明告知事項，並同意加入上述專案計畫。

**【再次提醒】欲投保者請記得填寫『健康聲明書』，否則無法受理。**

要保單位  
受理用印： \_\_\_\_\_

員工簽名： \_\_\_\_\_

法定代理人簽名： \_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 榮總員工自費團保申請說明

- ◎、承保保險公司：新光人壽保險股份有限公司
- ◎、投保期間：113年1月01日起至113年12月31日止
- ◎、投保資格：
  - 1、員工本人：投保年齡最高65足歲，續保至75足歲。
  - 2、員工配偶：投保年齡最高65足歲，續保至75足歲。
  - 3、員工子女：出生且健康正常出院至23足歲。
  - 4、員工父母：投保年齡最高75足歲，續保至80足歲
- ◎、投保相關規定：
  - 1、員工配偶投保額度不可高於員工。
  - 2、夫妻同為員工時，限個別以員工身份投保，不得再以家屬身份重覆投保，家屬亦不得重覆投保。
  - 3、員工子女：以戶計算，有新增者次年度受理之。
  - 4、保單年度內不受理中途加退保及調整異動。
  - 5、有重疾病歷者僅能投保「父母/次標準體專案」。
- ◎、健康聲明書之填寫：
  - 1、欲投保者，須填寫「**自費團保資料表**」及「**健康聲明書**」。
  - 2、如有員工、多名子女、配偶、父母同時加保者，健康聲明書皆須填寫，並且在第二頁親筆簽名，以戶單位各自裝訂成冊。
- ◎、受益人：

各項醫療及殘廢保金受益人為被保險人本人，本公司不受理受益人變更之申請。身故保險金之受益人，依民法關於法定繼承人規定為之，其順位如下：(1) 配偶、子女、(2) 父母、(3) 兄弟姐妹、(4) 祖父母

註、

住院醫療險之給付係指投保後第31天起所罹患之疾病或意外事故住院醫療，其因投保前(時)所罹患之既往症引發之住院醫療，本公司不負理賠責任，投保後亦同。



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		<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(指竇性心跳過速、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)愛滋病或愛滋病毒帶原。		<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。

	(1) 本人	眷屬/關係				
		(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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 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)同意新光人壽保險公司將本要保書上所载本人資料轉送產、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：