

團體保險加保約定書

_____(相關單位)受理欄
受理日(合約生效日/復效日)

2021 年 7 月版

110.7.22 金管保壽字第 1100424836 號函核准

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。

業務員姓名: _____

業務員代號: _____

請黏貼條碼於正上方

新加保 (投保計劃 _____)

重新投保 (投保計劃 _____)

保戶編號: _____ - _____ (分支代號) 保單號碼: _____ 變更 (加保; 投保計劃 _____)

要保人(要保單位): _____

南山人壽使用欄

(一) 基本資料

主被保險人姓名: (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:	婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚
				僱用日期:	
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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

(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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
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					



GB111



VER0012107V

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、高血壓症、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。

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南山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南山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，而南山人壽仍承保者，南山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南山人壽者，同意南山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南山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南山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，而南山人壽仍承保者，南山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南山人壽者，同意南山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，但南山人壽應以「日額」方式給付。

◎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；民法規定之七歲(含)以上未成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(<http://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：_____	<input type="checkbox"/> 標準體承保 <input type="checkbox"/> 加費件(次標準體) <input type="checkbox"/> 拒保 <input type="checkbox"/> 延期 <input type="checkbox"/> 退件



忠倫保險經紀人股份有限公司

個人資料及病歷醫療健檢蒐集處理利用同意書

忠倫保險經紀人股份有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向 台端告知下列事項，敬請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

- (一) 保險經紀業務
- (二) 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：

- (一) 姓名
- (二) 身分證統一編號
- (三) 地址
- (四) 要保書、要保文件等其他基於保險契約所提供之個人資料

三、個人資料之來源：（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）

- (一) 要保人/被保險人
- (二) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構
- (三) 當事人之法定代理人、輔助人
- (四) 各醫療院所
- (五) 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、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。

四、個人資料利用之期間、地區、對象、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：本公司及與本公司簽訂合作推廣契約之保險業者、因辦理保險業務需要之第三方、保險相關公會、財團法人金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關。
- (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。

五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：

- (一) 得向本公司行使之權利：
 - 1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 - 2. 向本公司請求補充或更正。
 - 3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二) 行使權利之方式：以書面之方式行使權利。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

本公司基於健全保險經紀人業務與保戶服務，台端若未能提供相關個人資料時，本公司將無法提供完善服務。

履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱使無簽署亦不影響告知效力。

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除上述說明書所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供 台端相關保險業務之申請及辦理。立同意書人（即被保險人），本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致 忠倫保險經紀人股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日