

被保險人投保名冊(團體健康保險)

要保人：法務部公務人員協會

投保單位：_____ (機關名稱) 、 _____ (科、組、室)

員工地址：

聯絡電話：

行動電話：

E-mail：

中途加保，請打勾(員工姓名：

身分證字號：

投保狀況，請於下方勾選

華南續保

新保

| 序號 | 自動續保 | 被保險人姓名 暨簽名(請親簽) (請字跡工整) | 身分證字號 | 出生年月日 | 與主被保險人 (員工) 關係 | 工作內容 | 受益人姓名 | 受益人關係 | 法定代理人簽名 (未滿20足歲者需 由法代簽名) |
|----|-------------------------------------------------------|-------------------------------|-------|-------|-------------------------------------------------------------|------|-------|-------|--------------------------------|
| 本人 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | <input type="checkbox"/> 會員 <input type="checkbox"/> 非會員 | | | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | | | |
| 4 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | | | |
| 5 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | | | |
| 6 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | | | |

注意事項：

1、承保對象：法務部暨所屬各機關之員工(含編制外之臨時人員)及其眷屬。其眷屬僅包含配偶、員工父母、員工子女(年齡需滿15足歲)。

首次投保本專案，需為在職員工。

2、承保年齡：本人、配偶、父母第一次承保以65足歲為限，續保最高可至75足歲；子女年齡為年滿15足歲，新(續)保最高可至23足歲。

癌症險最高續保年齡為70歲，如續保年齡超過70歲，將取消癌症險，但保費維持不變。

3、投保時請檢附本投保名冊(以"戶"為單位)及繳費證明(匯款單或信用卡授權書)、身心障礙手冊正、反面影本(請說明失能部位及造成原因)。

4、新投保者皆需填寫健康告知書，續保或同業有投保而轉保者無需填寫健告。

5、本投保名冊若有塗改請被保險人於塗改處簽名。

6、以上為簡易說明，詳細內容及加保短期保費請參閱本專案『投保說明』。本公司保留審核是否接受投保之權利。

| | | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 失程度在五十分貝(dB)以上。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5. 啞。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 6. 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 7. 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 8. 婦女欄(女性被保險人填寫) | | | | | |
| 1. 目前是否懷孕?如是,已經幾週?_____週。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2. 過去一年內是否曾患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

告知事項說明欄:若答案為「是」,請詳填下表

| 被保險人姓名 | 題號 | 疾病名稱/健檢原因 | 大約初診及最後診治日期 | 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_____ | |
| | | | | | <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_____ | |

- ◎ 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)..... 否 是;如是,請詳述於下:
被保險人姓名:_____ 投保險種:_____ 投保金額:_____
- ◎ 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)?..... 否 是(姓名:_____);如是,請提供。
- ◎ 被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)?是,否 如勾選是者,請提供相關證明文件。

聲明事項

- (一) 本人(被保險人)同意華南保險得蒐集、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)同意華南保險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。
- (三) 本人(被保險人、要保人)同意華南保險就本人之個人資料,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。
- (四) 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華南保險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華南保險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,而華南保險仍承保者,華南保險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華南保險者,同意華南保險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。
- (五) 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華南保險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華南保險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,而華南保險仍承保者,華南保險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華南保險者,同意華南保險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,但華南保險應以「日額」方式給付。

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|------------------|------------------|
| 要保人(要保單位) / 負責人簽章: | 被保險員工(成員)同意及簽名: | 眷屬同意及簽署欄 | 被保險人簽名(關係_____): | 被保險人簽名(關係_____): |
| | | | 被保險人簽名(關係_____): | 被保險人簽名(關係_____): |
| 申請日期:民國_____年_____月_____日 | | | | 法定代理人簽名: |
| ◎未滿七足歲者,由法定代理人代為簽名;七足歲(含)以上者,請由本人親自簽名;被保險人未滿二十足歲者,應經法定代理人在旁簽名同意。 | | | | 與被保險人關係: |

| 專案名稱 / 代號 | 保源代號 | 通路欄位 | | | 華南保險欄位 | |
|-----------|------|------|------------------|----------|--------|-----|
| | | 實駐代號 | 業務員親簽 / 業務員登錄證字號 | 保經代簽署人簽章 | 業務員 | 經手人 |
| | | | | | | |

主管: _____ 再保: _____ 核保: _____ 助理: _____ 校對: _____ 輸入: _____ 通路聯絡人: _____