

【範例】

臺灣永光化學工業 公費及自費 團體保險 加入調查表

保單號碼	3000412905(公費) 3000412940(自費)	要保單位	臺灣永光化學工業股份有限公司
------	----------------------------------	------	----------------

壹、員工本人資料【請使用原子筆正楷填寫；如欲修改/變更、請填寫該變更欄位】

員工姓名	王大福	員工編號	00001	身份證字號	A123456789
廠區	<input checked="" type="checkbox"/> 台北總公司 <input type="checkbox"/> 一廠 <input type="checkbox"/> 二廠 <input type="checkbox"/> 三廠				

貳、投保名單與基本資料【請使用原子筆正楷填寫】

【公司付費部分】防癌健康保險 ◎請留意，需同仁寫入基本資料，新光人壽才會投保

關係	投保內容	被保險人親簽	身份證字號	出生日期	備註
配偶	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	陳如意	A222333555	70.01.02	結婚登記日：
子女	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	王福氣	A122333666	95.03.03	
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保				
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保				

◎請留意，需員工投保，眷屬才能投保，並配偶等級需等同員工

【員工付費部分】原已投保自費案同仁若不變更，無需填寫任何表單。新加保自費者才須親自填寫下表及健康告知書

請勾選✓異動項目及填寫計劃別			稱謂	姓名(請親簽)	身份證字號	出生日期(民國)
<input checked="" type="checkbox"/> 新加保 計劃別 <u>一</u>	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 變更 計劃別 _____	本人	王大福	A123456789	68.12.31
<input checked="" type="checkbox"/> 新加保 計劃別 <u>一</u>	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 變更 計劃別 _____	配偶	陳如意	A222333555	70.01.02
<input checked="" type="checkbox"/> 新加保 計劃別 <u>三</u>	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 變更 計劃別 _____	子女	王福氣	A122333666	95.03.03
<input type="checkbox"/> 新加保 計劃別 _____	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 變更 計劃別 _____	子女			
<input type="checkbox"/> 新加保 計劃別 _____	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 變更 計劃別 _____	子女			
<input type="checkbox"/> 新加保 計劃別 _____	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 變更 計劃別 _____	子女			
<input type="checkbox"/> 新加保	<input type="checkbox"/> 退保		員工父親			
<input type="checkbox"/> 新加保	<input type="checkbox"/> 退保		員工母親			
<input type="checkbox"/> 新加保	<input type="checkbox"/> 退保		配偶父親			
<input type="checkbox"/> 新加保	<input type="checkbox"/> 退保		配偶母親			
計劃別	計劃一	計劃二	計劃三	計劃四	計劃五	
	A 類員工/配偶	B 類員工/配偶	子女 15 足歲以上	子女 15 足歲以下	父母	
每月總保費	353 元/人	682元/人	239元/戶 (每多加保一位 15 足歲以上子女加收 145元/人)	94 元/戶	445 元/人	

◎書寫資料若有塗改，請在塗改處簽名(員工本人簽名)。

◎眷屬投保計劃別不可優於員工。員工若未自費加保，眷屬不可加保(含員工核保未通過)。

◎若子女欲自計劃四變更為計劃三或員工、配偶欲自計劃一變更為計劃二，請重新填寫投保申請表暨健康聲明書辦理。

永光化學
公司用印

王大福

要保單位公司簽章

員工簽名

日期：111年8月5日



新光金控

新光人壽

Shin Kong Life

107年09月修訂

投保申請表暨健康聲明書

機密等級:機密
(團體險專用)

要保單位：臺灣永光化學工業股份有限公司						保單號碼：3000412940											
被保險人 (關係)	姓名	性別	出生 年月日	身分證字號						職業類別/ 工作内容	計劃別	身高 (公分)	體重 (公斤)				
(1)本人	王大福	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	68.12.31	A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	業務經理	一	180	75
(2)配偶	陳如意	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	70.01.02	A	2	2	2	3	3	3	5	5	5	會計	一	165	48
(3)子女	王福氣	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	95.03.03	A	1	2	2	3	3	3	6	6	6	學生	三	120	20
(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)? ▼請依實際狀況勾選
☐是(姓名：)；如勾選是者，請提供。☒否。

◎被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)? ▼請依實際狀況勾選
☐是(姓名：)；如勾選是者，請提供相關證明文件。☒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?

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)
--	---

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)

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(指實性心跳過速、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)。 (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)。	(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)愛滋病或愛滋病帶原。
--	---

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。				▼請依實際狀況勾選					
				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
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)									
※ 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_____					
●上述1-8題若有勾選是，請於此欄詳細告知				<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：	王大福	簽章	監護人：	如第一頁勾選有監護宣告			簽名		
(2) 配偶：	陳如意	簽章	法定代理人：	請於此處親簽監護人姓名			簽章		
(3) 子女：	王福氣	簽章	法定代理人：	王大福			簽章		
(4) _____：		簽章	法定代理人：	▲子女未滿20歲，請員工			簽章		
(5) _____：		簽章	法定代理人：	親簽於法定代理人處			簽章		
(6) _____：		簽章	法定代理人：						
日期：111年08月05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)								

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

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

怡安保險經紀人股份有限公司

一戶簽署一張即可

臺灣永光化學工業股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名： 王大福/陳如意/王福氣

法 定 代 理 人 簽 名： 王大福

中 華 民 國 111 年 08 月 05 日