

# 113 年度 員工及眷屬自費團體保險加保申請書

保戶編號：**A3393**

保單號碼：**G000003049**

## ◎ 團保內容說明：

※ 本年度保險期間自 113 年 1 月 1 日零時至 113 年 12 月 31 日二十四時止，同仁可以自費為配偶、子女、員工之父母投保團體保險方案，保費由同仁全額負擔（投保未滿一年保費按承保日數比例計收），未完成扣繳保費者，本自費方案自始無效。

已參加且符合續保資格員工與眷屬 (1)如欲退保或調整保險方案請於當年度 12 月份提出申請 (2)如未提出異動申請者均視為同意依原自費方案繼續投保。相關保險內容及保險費資訊依年度公告為準。

## ◎ 請先閱讀下列申請辦法，書寫資料若有塗改，請在塗改旁簽名，以免退件。

- 1.加 保：新加保者於南山人壽收訖加保申請文件之次月一日零時並經核保過後始生效力，惟保單年度中不受理計劃別變更，請於每年 12 月提出申請。申請加保或升等方案一需填寫「南山人壽團體保險加保約定書」，並經核保通過後生效，若未通過核保，則方案一所有險種自始不生效力或維持升等前方案。
- 2.禁 複 保：每位被保險人限投保一份（例如配偶或兄弟姐妹或子女同為本要保單位（或同屬關係企業）員工時，不得再以眷屬身份重複加保或為父母、子女重複投保，即使投保險種不重複亦同）。
- 3.保險期間：本自費保險生效後，一律承保至保單年度末（113 年 12 月 31 日）止，若年底辦理續保期間如有留停、離職、退休、超齡或身分變更等情況，則喪失投保資格不受理續保；留停復職後如欲加保者，視同新進員工辦理。
- 4.承保年齡：員工／配偶-首次投保需滿 15 足歲，最高承保至 80 足歲；父母-首次投保需滿 35 足歲，最高承保至 90 足歲；子女-首次投保需未滿 25 足歲，最高承保至 25 足歲。
- 5.受 益 人：員工之身故保險金受益人如未指定，依下列契約約定順序給付：1.配偶及子女 2.父母 3.祖父母 4.孫子女 5.兄弟姐妹。眷屬之身故保險金受益人如未指定，依契約約定一律為員工本人。醫療及失能保險金之受益人，一律為被保險人本人。

## 第一部份：保險內容本表所載僅供參考，一切給付依保單條款為憑

單位：新台幣元

方案一	身分別	員工	配偶		15 足歲以上子女		未滿 15 足歲子女	員工父母
	計劃別	A	B	C	D	E	F	G
	定期壽險	40 萬	40 萬	80 萬	40 萬	80 萬	---	---
	重大疾病保險	10 萬	10 萬	20 萬	10 萬	20 萬	---	---
	意外失能附約	50 萬	50 萬	100 萬	50 萬	100 萬	---	---
	住院手術醫療險-甲型	---	100 元等級					
	住院日額險-甲型	---	1,000 元等級					
	癌症醫療健康保險	---	2,000 元等級					
	每人年繳保費(註 1)	630	3,000	3,630	3,000	3,630	2,370	2,972
	子女加保第二人(含)以上每人加收	---	---	---	630	1,260	0	---

身分別	員工、配偶、子女、員工父母						
	第一級	兒童專案 (註 3、4)	第二級	第三級	第四級	第五級	第六級
意外傷害險	500,000	615,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000
意外住院日額險	300 元等級	300 元等級	300 元等級	300 元等級	300 元等級	300 元等級	300 元等級
員工、配偶每人年繳保費	310	--	490	850	1,210	1,570	1,930
子女每人年繳保費	225	247	320	510	700	890	1,080
子女加保第二人(含)以上每人加收	95	117	190	380	570	760	950
父母每人年繳保費(註 2)	--	--	855	--	--	--	--

註 1：員工、配偶、父母保費以人計費，子女之醫療險保費以『戶』計費，子女定期壽險、重大疾病保險、意外失能附約、意外傷害險以人計費。

註 2：方案二員工父母限投保第二級。

註 3：方案二未滿 15 足歲子女限投保兒童專案(其他身分不適用)。

註 4：

1. 配合保險法規定，以未滿 15 足歲者或受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，其身故或喪葬費用之給付將受有相關限制，並依各該保險商品之保單條款約定辦理。
2. 倘欲為未滿 15 足歲子女申請投保意外傷害保險者(即兒童專案)，南山人壽將累計核算未滿 15 足歲子女於南山人壽及其他保險業已投保之喪葬費用保險金額是否已達保險法第 107 條規定之限額(即遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半，以下簡稱「限額」)，並依核算結果辦理加保或通知不予承保。
3. 倘未滿 15 足歲子女本次雖有投保「意外傷害保險」(即兒童專案)，但於南山人壽及其他保險業已投保之喪葬費用保險金額仍未達限額者，可優先規劃補足未滿 15 足歲子女之限額缺口，如有為前述未滿 15 足歲子女補足限額缺口之需求，可洽南山人壽或您的業務服務人員。

關於限額之計算說明如下，請特別留意：

依「遺產及贈與稅法」規範，財政部於每年 12 月底前，應計算次年發生繼承案件所應適用之喪葬費扣除額後公告之，故各年度適用之喪葬費扣除額具變動性。

如南山人壽檢視未滿 15 足歲被保險人之投保資料時，財政部尚未公告保障生效日應適用之喪葬費扣除額資訊，南山人壽將以保障生效日之前一年度所適用之喪葬費扣除額計算限額。倘財政部公告保障生效日應適用之喪葬費扣除額後，被保險人仍有限額缺口，您可視保障需求評估是否優先規劃補足該限額缺口，南山人壽不另行通知。

# 113 年度 員工及眷屬自費團體保險加保申請書

保戶編號：A3393

保單號碼：G000003049

## 第二部份：加保申請登記表（請詳實填寫，如未填寫完整，則保險無法生效）

要保單位：	廠區：	部門：	工號：
員工姓名：	身分證字號：	出生年月日：民國	
員工公司 E-mail：	居住所郵遞區號：		
聯絡電話(公司分機)：		(手機)：	

◎ 非中華民國國籍者需於空白處加註國籍及英文全名

身份別	被保險人姓名 及本人簽署	身分證字號 (居留證號碼)	出生日期	投保計劃別		備註
				方案一	方案二	
員工本人				<input type="checkbox"/> A	第____級	※未滿 15 足歲子女 方案二限投保兒童 專案
配偶				<input type="checkbox"/> B 或 <input type="checkbox"/> C	第____級	
子女				<input type="checkbox"/> D 或 <input type="checkbox"/> E 或 <input type="checkbox"/> F	第____級/ <input type="checkbox"/> 兒童專案	
子女				<input type="checkbox"/> D 或 <input type="checkbox"/> E 或 <input type="checkbox"/> F	第____級/ <input type="checkbox"/> 兒童專案	※未滿 18 歲子女之 法定代理人簽署：
子女				<input type="checkbox"/> D 或 <input type="checkbox"/> E 或 <input type="checkbox"/> F	第____級/ <input type="checkbox"/> 兒童專案	
員工父親				<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> 第二級	父母方案二限投保 第二級
員工母親				<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> 第二級	

### 約定及注意事項：

\*本人(被保險人)同意南山人壽蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。

\*本人(被保險人)同意加保南山人壽本保險內容，並授權(本申請書之信用卡授權人代為繳交應繳付之保險費。)

\*本申請書需親簽之欄位，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；七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽名。

\*本人(被保險人、要保人)同意南山人壽就本人之個人資料，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。

\*本人(被保險人、要保人)同意南山人壽將本申請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。

\*本人(被保險人)於填寫本加保申請書時，已審閱南山人壽所提供之『團體保險履行個人資料保護法告知義務內容』。

\*南山人壽將會依「保險業招攬及核保理賠辦法」等相關規定，對被保險人進行財務核保暨生存調查、抽樣電訪、抽樣體檢等作業。

\*南山人壽對於本保單之上述被保險人保有最終承保與否之決定權。

\*本保險商品皆為團體一年定期保險，續保須經契約雙方議定，南山人壽不保證續保。

### 團體保險履行個人資料保護法告知義務及內容

南山人壽保險股份有限公司(下稱南山人壽)因訂立團體保險契約(以下稱本契約)，基於契約投保所需，將對被保險人、法定代理人或輔助人所提供之個人資料進行蒐集、處理、利用，謹依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項規定告知下列事項，請詳閱：

#### 一、蒐集之目的

(001)人身保險、(069)契約、類似契約或其他法律關係事務、(090)消費者、客戶管理與服務、(181)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

姓名、出生年月日、身分證統一編號(居留證號)、地址、國籍、家庭成員、聯絡電話(行動電話)、部門名稱、結婚年月日、保險細節、授權繳費之信用卡相關資料、病歷、醫療、健康檢查之個人資料，及其他基於本契約所提供之個人資料。

#### 三、個人資料利用之期間、對象、地區、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：要保單位、南山人壽、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、台灣票據交換所、招攬本契約之保險經紀人或保險代理人、業務委外機構、與南山人壽有再保業務往來之公司、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。

#### 四、依據個資法第三條規定，就南山人壽保有之個人資料得行使之權利及方式

(一)得向南山人壽行使之權利：

查詢、請求閱覽或請求製給複製本。請求補充或更正。請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二)行使權利之方式：書面。

#### 五、不提供個人資料所致權益之影響

若未能提供相關個人資料時，南山人壽將無法辦理本契約投保事宜。

◎ 本自費保險採信用卡扣款，請填寫下列資料，倘連續二次扣款不成功，則保險不生效力。

<b>授權人(持卡人)</b> <b>*限員工本人或被保險人之一*</b> 姓名/身分證字號 「※授權人姓名請以正楷填寫」	姓名：_____ ID：_____	信用 卡 別	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> JCB 1. 恕不受理美國運通卡、簽帳金融卡(Debit Card)、非本國銀行發行之信用卡(國外卡)繳納保險費。 2. 信用卡繳費無折扣。
信用卡卡號	_____-_____-_____-_____		
信用卡有效期限	至 _____ 月 _____ 年(西元)		
<b>授權人(持卡人)簽名</b> *本授權人已詳閱並同意本申請表【保險費之繳納及信用卡付款授權條款】	(此簽名樣式應同信用卡簽名)	簽署 日期	

【保險費之繳納及信用卡付款授權約定條款】

1. 授權人同意自上表所載信用卡扣繳交本申請書所載員工及其眷屬應繳付之保險費(含續保保險費)，如因上表所載資料填寫內容不全、錯誤或其他原因致無法辦理扣款者，授權人同意依南山人壽作業規範辦理，倘連續二次保險費請款不成功，員工及其眷屬投保部分不生效力。
2. 若上表所載信用卡有效期限因重新發卡而有變動時，請通知南山人壽以利保險費之收取，如未接獲您的通知，南山人壽將自動展延，以維護您的權益。
3. 上表所載信用卡因毀損滅失、有效期間屆滿續卡等情形而更換新卡、但未更換卡號者，無論開卡與否，本授權之效力並不因此而受影響。
4. 上表所載信用卡之簽名樣式變更時，本授權之效力不因此而受影響。
5. 本授權生效後，除有終止授權外，將持續有效；因要保人辦理契約變更而致本申請書所載員工及其眷屬應繳付之保險費變動時，本授權之效力不受影響。
6. 依上表之授權所收取之保險費如因未承保、取消投保、誤扣或溢繳之情形，經南山人壽查證屬實者，要保人及授權人同意南山人壽得將未承保、取消投保、誤扣或溢收之保險費返還。
7. 南山人壽受領保險費後，因有授權上之瑕疵致使授權不生效力或有授權終止之情事者，員工應於南山人壽通知期限內繳足應繳保險費，逾期未補足者，視為保險費未繳，員工及其眷屬投保部分不生效力。

(員工本人)\_\_\_\_\_親簽

填寫日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

提醒您，姓名欄位應由本人簽署，並於簽署完成後，再次確認上述各欄位資料皆已填妥且正確無誤，謝謝您。





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、高血脂症、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)以上未成年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"/> 退保



GB112

**美世保險經紀人股份有限公司**  
**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，除本公司「蒐集、處理及利用個人資料告知書」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、核保、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

美世保險經紀人股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名：\_\_\_\_\_

(被保險人(事故人)請務必於此欄簽名)

法 定 代 理 人 簽 名：\_\_\_\_\_

(若被保險人(事故人)未滿十八歲，法定代理人請務必於此欄簽名)

中 華 民 國                      年                      月                      日

## 【填寫說明】

### 一、什麼是「告知事項」？

告知事項主要為「加保約定書」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危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。

### 二、「加保約定書」中對健康狀況的告知義務年期或期間（「最近二個月」、「過去一年」、「過去二年」、「過去五年」等期間）如何認定？

以要保人填寫「加保約定書」所載之申請日期起回溯計算二個月、一年、二年、五年稱之。

### 三、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。

### 四、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。

### 五、高血壓症？

指的是收縮壓一四〇毫米汞柱或舒張壓九十毫米汞柱以上。

### 六、什麼是「肝功能異常」？

指的是肝功能檢查結果 GOT、GPT 值檢驗值有異常情形者。

### 七、「住院七日以上」怎麼認定？

（一）自辦理住院手續當日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。

### 八、什麼時候需要法定代理人簽章？

（一）未滿七足歲者或其他無行為能力人訂立保險契約時，須由其法定代理人代為意思表示並簽章。

（二）七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人訂立保險契約時，須經其法定代理人簽章同意。惟法令施行日前已因結婚而取得行為能力者不在此限。

### 九、自費加保申請有什麼需要注意的嗎？(同仁提出加保申請易遺漏欄位提醒)

（一）「加保申請書」、「加保約定書」等本人簽署欄位，應由被保險人本人親自簽名。

（二）「加保約定書」之身高、體重、工作內容為必填欄位，請確實填寫。

（三）表單填寫如有塗改請該被保險人於塗改處旁親自簽名。

（四）申請日期或填寫日期，請務必確實填妥。

### 再次提醒

1. 因保險契約是最大誠信契約，所以申請人在申請時應將各項書面詢問事項，詳實填寫清楚，不能有過失遺漏，故意隱瞞或告知不實情事。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，且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點請特別注意以免遭受損失。

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。

# 113 年度 員工及眷屬自費團體保險加保申請書

保戶編號：A3393

保單號碼：G000003049

## ◎ 團保內容說明：

※ 本年度保險期間自 113 年 1 月 1 日零時至 113 年 12 月 31 日二十四時止，同仁可以自費為配偶、子女、員工之父母投保團體保險方案，保費由同仁全額負擔（投保未滿一年保費按承保日數比例計收），未完成扣繳保費者，本自費方案自始無效。

已參加且符合續保資格員工與眷屬 (1)如欲退保或調整保險方案請於當年度 12 月份提出申請 (2)如未提出異動申請者均視為同意依原自費方案繼續投保。相關保險內容及保險費資訊依年度公告為準。

## ◎ 請先閱讀下列申請辦法，書寫資料若有塗改，請在塗改旁簽名，以免退件。

- 1.加 保：新加保者於南山人壽收訖加保申請文件之次月一日零時並經核保過後始生效力，惟保單年度中不受理計劃別變更，請於每年 12 月提出申請。申請加保或升等方案一需填寫「南山人壽團體保險加保約定書」，並經核保通過後生效，若未通過核保，則方案一所有險種自始不生效力或維持升等前方案。
- 2.禁 複 保：每位被保險人限投保一份（例如配偶或兄弟姐妹或子女同為本要保單位（或同屬關係企業）員工時，不得再以眷屬身份重複加保或為父母、子女重複投保，即使投保險種不重複亦同）。
- 3.保險期間：本自費保險生效後，一律承保至保單年度末（113 年 12 月 31 日）止，若年底辦理續保期間如有留停、離職、退休、超齡或身分變更等情況，則喪失投保資格不受理續保；留停復職後如欲加保者，視同新進員工辦理。
- 4.承保年齡：員工／配偶-首次投保需滿 15 足歲，最高承保至 80 足歲；父母-首次投保需滿 35 足歲，最高承保至 90 足歲；子女-首次投保需未滿 25 足歲，最高承保至 25 足歲。
- 5.受 益 人：員工之身故保險金受益人如未指定，依下列契約約定順序給付：1.配偶及子女 2.父母 3.祖父母 4.孫子女 5.兄弟姐妹。眷屬之身故保險金受益人如未指定，依契約約定一律為員工本人。醫療及失能保險金之受益人，一律為被保險人本人。

## 第一部份：保險內容本表所載僅供參考，一切給付依保單條款為憑

單位：新台幣元

方 案 一	身分別	員工	配偶		15 足歲以上子女		未滿 15 足歲子女	員工父母	
	計劃別	A	B	C	D	E	F	G	
	定期壽險	40 萬	40 萬	80 萬	40 萬	80 萬	---	---	
	重大疾病保險	10 萬	10 萬	20 萬	10 萬	20 萬	---	---	
	意外失能附約	50 萬	50 萬	100 萬	50 萬	100 萬	---	---	
	住院手術醫療險-甲型	---	100 元等級						
	住院日額險-甲型	---	1,000 元等級						
	癌症醫療健康保險	---	2,000 元等級						
	每人年繳保費(註 1)	630	3,000	3,630	3,000	3,630	2,370	2,972	
	子女加保第二人(含)以上每人加收	---	---	---	630	1,260	0	---	

身分別 計劃別	員工、配偶、子女、員工父母						
	第一級	兒童專案 (註 3、4)	第二級	第三級	第四級	第五級	第六級
意外傷害險	500,000	615,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000
意外住院日額險	300 元等級	300 元等級	300 元等級	300 元等級	300 元等級	300 元等級	300 元等級
員工、配偶每人年繳保費	310	--	490	850	1,210	1,570	1,930
子女每人年繳保費	225	247	320	510	700	890	1,080
子女加保第二人(含)以上每人加收	95	117	190	380	570	760	950
父母每人年繳保費(註 2)	--	--	855	--	--	--	--

註 1：員工、配偶、父母保費以人計費，子女之醫療險保費以『戶』計費，子女定期壽險、重大疾病保險、意外失能附約、意外傷害

僅加保方案二，請填寫本申請書第二頁，毋須填寫『加保約定書』

兒童專案(其他身分不適用)。

1. 配合保險法規定，以未滿 15 足歲者或受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，其身故或喪葬費用之給付將受有相關限制，並依各該保險商品之保單條款約定辦理。
2. 倘欲為未滿 15 足歲子女申請投保意外傷害保險者(即兒童專案)，南山人壽將累計核算未滿 15 足歲子女於南山人壽及其他保險業已投保之喪葬費用保險金額是否已達保險法第 107 條規定之限額(即遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半，以下簡稱「限額」)，並依核算結果辦理加保或通知不予承保。
3. 倘未滿 15 足歲子女本次雖有投保「意外傷害保險」(即兒童專案)，但於南山人壽及其他保險業已投保之喪葬費用保險金額仍未達限額者，可優先規劃補足未滿 15 足歲子女之限額缺口，如有為前述未滿 15 足歲子女補足限額缺口之需求，可洽南山人壽或您的業務服務人員。

關於限額之計算說明如下，請特別留意：

依「遺產及贈與稅法」規範，財政部於每年 12 月底前，應計算次年發生繼承案件所應適用之喪葬費扣除額後公告之，故各年度適用之喪葬費扣除額具變動性。

如南山人壽檢視未滿 15 足歲被保險人之投保資料時，財政部尚未公告保障生效日應適用之喪葬費扣除額資訊，南山人壽將以保障生效日之前一年度所適用之喪葬費扣除額計算限額。倘財政部公告保障生效日應適用之喪葬費扣除額後，被保險人仍有限額缺口，您可視保障需求評估是否優先規劃補足該限額缺口，南山人壽不另行通知。



## 113 年度 員工及眷屬自費團體保險加保申請書

保戶編號：A3393

保單號碼：G000003049

第二部份：加保申請登記表（請詳實填寫，如未填寫完整，則保險無法生效）

要保單位：XX 股份有限公司	廠區：XX 廠	部門：XX 部	工號：xxx123
員工姓名：林男生	身分證字號：A12333****	出生年月日：民國 66/06/06	
員工公司 E-mail：123XXXXX@NANSHAN.com.tw		居住所郵遞區號：10059	
聯絡電話(公司分機)：XX122		(手機)：XXXX-123-123	

◎ 非中華民國國籍者需於空白處加註國籍及英文全名

身份別	被保險人姓名 及本人簽署	身分證字號 (居留證號碼)	出生日期	投保計劃別		備註
				方案一	方案二	
員工本人	林男生	A12333****	66/06/06	<input checked="" type="checkbox"/> A	第 六 級	※未滿 15 足歲子女 方案二限投保兒童 專案
配偶	吳女生	A22333****	69/06/09	<input type="checkbox"/> B 或 <input checked="" type="checkbox"/> C	第 四 級	
子女	林兒	A12444****	110/09/01	<input type="checkbox"/> D 或 <input type="checkbox"/> E 或 <input checked="" type="checkbox"/> F	第 級 / <input checked="" type="checkbox"/> 兒童專案	
子女				<input type="checkbox"/> D 或 <input type="checkbox"/> E 或 <input type="checkbox"/> F	第 級 / <input type="checkbox"/> 兒童專案	
子女				<input type="checkbox"/> D 或 <input type="checkbox"/> E 或 <input type="checkbox"/> F	第 級 / <input type="checkbox"/> 兒童專案	※未滿 18 歲子女之 法定代理人簽署： 林男生
員工父親	林父	F12555****	45/01/01	<input type="checkbox"/> G	<input checked="" type="checkbox"/> 第二級	
員工母親				<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> 第二級	父母方案二限投保 第二級

約定及注意事項：

- \*本人(被保險人)同意南山人壽蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- \*本人(被保險人)同意加保南山人壽本保險內容，並授權(本申請書之信用卡授權人代為繳交應繳付之保險費。)
- \*本申請書需親簽之欄位，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；七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽名。
- \*本人(被保險人、要保人)同意南山人壽就本人之個人資料，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。
- \*本人(被保險人、要保人)同意南山人壽將本申請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。
- \*本人(被保險人)於填寫本加保申請書時，已審閱南山人壽所提供之『團體保險履行個人資料保護法告知義務內容』。
- \*南山人壽將會依「保險業招攬及核保理賠辦法」等相關規定，對被保險人進行財務核保暨生存調查、抽樣電訪、抽樣體檢等作業。
- \*南山人壽對於本保單之上述被保險人保有最終承保與否之決定權。
- \*本保險商品皆為團體一年定期保險，續保須經契約雙方議定，南山人壽不保證續保。

## 團體保險履行個人資料保護法告知義務及內容

南山人壽保險股份有限公司(下稱南山人壽)因訂立團體保險契約(以下稱本契約)，基於契約投保所需，將對被保險人、法定代理人或輔助人所提供之個人資料進行蒐集、處理、利用，謹依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項規定告知下列事項，請詳閱：

## 一、蒐集之目的

(001)人身保險、(069)契約、類似契約或其他法律關係事務、(090)消費者、客戶管理與服務、(181)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

姓名、出生年月日、身分證統一編號(居留證號)、地址、國籍、家庭成員、聯絡電話(行動電話)、部門名稱、結婚年月日、保險細節、授權繳費之信用卡相關資料、病歷、醫療、健康檢查之個人資料，及其他基於本契約所提供之個人資料。

## 三、個人資料利用之期間、對象、地區、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：要保單位、南山人壽、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、台灣票據交換所、招攬本契約之保險經紀人或保險代理人、業務委外機構、與南山人壽有再保業務往來之公司、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。

## 四、依據個資法第三條規定，就南山人壽保有之個人資料得行使之權利及方式

(一)得向南山人壽行使之權利：

查詢、請求閱覽或請求製給複製本。請求補充或更正。請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二)行使權利之方式：書面。

## 五、不提供個人資料所致權益之影響

若未能提供相關個人資料時，南山人壽將無法辦理本契約投保事宜。

◎ 本自費保險採信用卡扣款，請填寫下列資料，倘連續二次扣款不成功，則保險不生效力。

<b>授權人(持卡人)</b> <b>*限員工本人或被保險人之一*</b> 姓名/身分證字號 「※授權人姓名請以正楷填寫」	姓名：_____	信用 卡 別	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> JCB 1. 恕不受理美國運通卡、簽帳金融卡(Debit Card)、非本國銀行發行之信用卡(國外卡)繳納保險費。 2. 信用卡繳費無折扣。
	ID：_____		
信用卡卡號	_____ - _____ - _____		
信用卡有效期限	至 _____ 月 _____ 年(西元)		
<b>授權人(持卡人)簽名</b> *本授權人已詳閱並同意本申請表【保險費之繳納及信用卡付款授權條款】	(此簽名樣式應同信用卡簽名)	簽 署  日 期	

【保險費之繳納及信用卡付款授權約定條款】

- 授權人同意自上表所載信用卡扣繳交本申請書所載員工及其眷屬應繳付之保險費(含續保保險費)，如因上表所載資料填寫內容不全、錯誤或其他原因致無法辦理扣款者，授權人同意依南山人壽作業規範辦理，倘連續二次保險費請款不成功，員工及其眷屬投保部分不生效力。
- 若上表所載信用卡有效期限因重新發卡而有變動時，請通知南山人壽以利保險費之收取，如未接獲您的通知，南山人壽將自動展延，以維護您的權益。
- 上表所載信用卡因毀損滅失、有效期間屆滿續卡等情形而更換新卡，但未更換卡號者，無論開卡與否，本授權之效力並不因此而受影響。
- 上表所載信用卡之簽名樣式變更時，本授權之效力不因此而受影響。
- 本授權生效後，除有終止授權外，將持續有效；因要保人辦理契約變更而致本申請書所載員工及其眷屬應繳付之保險費變動時，本授權之效力不受影響。
- 依上表之授權所收取之保險費如因未承保、取消投保、誤扣或溢繳之情形，經南山人壽查證屬實者，要保人及授權人同意南山人壽得將未承保、取消投保、誤扣或溢繳之保險費返還。
- 南山人壽受領保險費後，因有授權上之瑕疵致使授權不生效力或有授權終止之情事者，員工應於南山人壽通知期限內繳足應繳保險費，逾期未補足者，視為保險費未繳，員工及其眷屬投保部分不生效力。

(員工本人) \_\_\_\_\_ 親簽

填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

提醒您，姓名欄位應由本人簽署，並於簽署完成後，再次確認上述各欄位資料皆已填妥且正確無誤，謝謝您。

2021 年 7 月版

110.7.22 金管保壽字第 1100424836 號函核准

**110.7.22 金管保壽字第 1100424836 號函核准為最新之版本。(未符合規定者一律照會重填)**

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。

\_\_\_\_\_(相關單位)受理欄  
受理日(合約生效日/復效日)

請黏貼條碼於正上方

保戶編號： A0XXX - 100 (分支代號) 保單號碼： G110000XXX

要保人(要保單位)：XX 股份有限公司

☒ 新加保 請務必完整填寫主被保險人(員工/成員)及被保險人  
☐ 重新投保 (員工/成員/配偶/子女/父母)基本資料及勾選事項。  
☐ 續保 未加保之眷屬無需填寫。

### (一) 基本資料

主被保險人 (員工/成員)	姓名： <b>林男生</b>	部門別： <b>XYZ 部門</b>	職位： <b>經理</b>	職業類別： <b>服務業</b>	等級： <b>2</b>	婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 單身 <input checked="" type="checkbox"/> 已婚
地址(住所)： <b>台北市莊敬路X號X樓</b>			聯絡電話： <b>02-87654XXX</b>			
			僱用日期： <b>100/2/1</b>			

被保險人 身 分 別	本人	配偶	子女				
姓 名	<b>林男生</b>	<b>吳女生</b>	<b>林兒</b>				
身 分 證 統一編號	<b>A12333XXXX</b>	<b>A22333XXXX</b>	<b>A12545XXXX</b>				
出生年月日	<b>66/06/06</b>	<b>67/05/12</b>	<b>96/03/10</b>				
性 別	<b>男</b>	<b>女</b>	<b>男</b>				

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

請記得勾選，如勾選“是”者，請提供相關證明文件。

(一) 告知事項，打\*之處，請參閱「要係書填寫說明」。

被保險人身分別	本人	配偶	子女			
身高(公分)	176	165	145			
體重(公斤)	70	59	42			
職業及兼業(SN1): 工作內容 (及兼業)	業務員	行政	學生			

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」→ 是

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"/>
------	---	---	---	---	---

請記得勾選告知事項喔

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、高血脂症、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。

上述告知事項中，倘有勾選「☒是」者，請於此進一步填寫相關詢問事項。

**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	林男生	吳女生	林兒	請注意：(每個簽名欄位都要個別簽署喔!!) 未滿七足歲者或無行為能力人需由法定代理人代為簽名 及法定代理人簽名。
---------------	-----	-----	----	--

請務必填上申請日期。

未滿 18 歲之子女加保時，  
法定代理人需再簽名。

法定代理人簽名： 林男生

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)以上未成年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，消費者應先詳閱保險契約內容，如對保險契約內容有疑義，應即向本公司或各分支機構索取說明書，並請加詳閱說明書內容，如有違反告知義務之情事，應由本公司及保險公司依法處理，特此聲明。

◆保險契約各條款，請於投保時加詳閱說明書內容，如有違反告知義務之情事，應由本公司及保險公司依法處理，特此聲明。

歡迎至本公司或各分支機構索取說明書。總公司：台北市信義區莊敬路 100 號。

※以上填寫之處若有塗改，請該被保險人務必於塗改處旁簽名。謝謝！

本欄僅供核保人員使用	南山人壽使用欄
核保人員：	<input type="checkbox"/> 標準體承保 <input type="checkbox"/> 加費件(次標準體)
日期：	<input type="checkbox"/> 拒保 <input type="checkbox"/> 延期 <input type="checkbox"/> 退件



GB112



美世保險經紀人股份有限公司  
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，除本公司「蒐集、處理及利用個人資料告知書」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、核保、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

美世保險經紀人股份有限公司

立同意書人(即被保險人)簽名： 林男生 吳女生 林兒  
(被保險人(事故人)請務必於此欄簽名)

法 定 代 理 人 簽 名： 林男生  
(若被保險人(事故人)未滿十八歲，法定代理人請務必於此欄簽名)

中 華 民 國 XXX 年 XX 月 XX 日