

團體保險自費件加入調查表

保單號碼	G30810-001	要保單位	臺北市公務人員協會
------	------------	------	-----------

壹、員工本人資料【請正楷填寫；如續保欲變更資料請另填寫契約變更申請書】

姓名		出生日期		身分證字號	
單位/部門		職稱		員工編號	
通訊地址	□□□			手機	

貳、投保名單與基本資料【請正楷填寫】(註)

身份關係	申請事項	姓名及簽署	出生年月日	投保等級/計劃	身故保險金受益人或喪葬費用保險金受益人(如不指定受益人,依要保書約定) <input type="checkbox"/> 地址/電話同員工本人		
			身分證字號		姓名:	ID:	電話:
本人	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更				姓名:	ID:	電話:
					關係:	地址:	
配偶	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更				姓名:	ID:	電話:
					關係:	地址:	
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更				姓名:	ID:	電話:
					關係:	地址:	
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更				姓名:	ID:	電話:
					關係:	地址:	
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更				姓名:	ID:	電話:
					關係:	地址:	
父親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更				姓名:	ID:	電話:
					關係:	地址:	
母親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更				姓名:	ID:	電話:
					關係:	地址:	

註：本調查表之「投保名單與基本資料」如與「國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書」所載內容不同時，則依「國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書」所載內容為準。

- 第一次投保請勾選「加保」；如續保時欲變更投保等級/計畫，請勾選「變更」，並填寫變更後之投保等級/計畫。
- 保險契約有因辦理撤銷、不同意承保或承保內容變更致生退還保險費之情事時，要保人及授權人同意國泰人壽得將應退還之保險費，匯入國泰人壽「保險費約定付款授權暨電子單據服務申請書」所約定之授權人帳戶。
- 受益人：員工之身故保險金受益人或喪葬費用保險金受益人，以指定家屬或其法定繼承人為限；醫療保險金受益人限被保險人本人。如未填寫受益人之聯絡電話及地址時，國泰人壽將於保險事故發生後，以要保人最後留存於國泰人壽之聯絡方式通知身故保險金受益人。
- 個人資料保護法應告知事項：國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料(包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址、**病歷、醫療及健康檢查**等資料)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供予國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務中心或利用國泰人壽免費客戶服務專線(0800-036599)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，國泰人壽將無法提供您完善的服務。

本人已詳閱「保障計劃簡表」並知悉相關內容，員工本人親簽：_____

國泰人壽內部使用					
項目	送件人	送件人 ID	收件日	生效日	經辦受理
<input type="checkbox"/> 新契約投保					
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保					

要保單位章	承辦人章	員工
		<input type="checkbox"/> 在職 <input type="checkbox"/> 退休



700097



10701 版

國泰人壽保險股份有限公司 (團體保險自費件專用)

保險費約定付款授權暨電子單據服務申請書

立授權書人(以下簡稱授權人)茲授權貴行/局/信用卡發卡機構依國泰人壽保險股份有限公司(以下簡稱國泰人壽)所提供有關要保人之保險費,自授權人之授權帳戶內自動轉帳/信用卡扣款,以交付下列保險契約之保險費,並以該帳戶做為退款之指定帳戶。

※簽訂本授權書後,繳交續期保險費時,一律以 **E-mail** 郵寄送金單及相關明細。

1. 國泰人壽依本授權書之 E-mail 寄發送金單、相關通知等資料;如 E-mail 有變更時,應即書面通知國泰人壽。
2. 本授權書不論授權成功與否,均不退還。但授權不成功時,授權人須重立授權書。
3. 保險契約如經二次扣款不成功,國泰人壽得自該期起暫停以自動轉帳/信用卡扣款,請您繳交自欠繳之該期起至應繳之當期止之保險費(月繳者須繳至應繳當月),國泰人壽將自您繳足保險費後恢復自動轉帳/信用卡扣款。

新投保件 變更申請 申請日期：民國 年 月 日

約 保 險 契	要保單位	公司行號名稱：臺北市公務人員協會										
	保單號碼 (或受理編號)	G	3	0	8	1	0	-	0	0	備註	
要保單位確認事項： 1. 您的簽章即表示同意申請本保單之電子單據服務且瞭解並同意本申請書背頁「保險費約定付款授權暨電子單據服務約定條款」，國泰人壽將以電子郵件【E-mail】方式提供送金單、相關通知等資料，如需紙本，請另與服務人員聯繫。 3. 您的簽章即表示確已審閱並瞭解本授權書背頁有關「個人資料保護法應告知事項」。											要保單位簽章 此欄無需簽章	
授 權 帳 戶 / 信 用 卡	<input type="checkbox"/> 郵政存簿儲金 局號：□□□□□□ - □ 帳號：□□□□□□ - □ <input type="checkbox"/> 信用卡 卡號：□□□□-□□□□-□□□□-□□□□ 發卡機構：_____ 銀行 有效期限：□□月□□年至□□月□□年 ※本授權書僅適用於 VISA、MASTER、JCB 及聯合信用卡；信用卡若因掛失、停用、換卡、升級等原因重新發卡，卡號或有效期限因而有異動者，請主動聯繫服務人員。											
	授 權 人 資 料	授權人限員工本人(且該員工須為本保單之被保險人)										
授權人姓名												
身分證字號		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
出生年月日		民國	年	月	日							
聯絡電話												
行動電話												
E-mail												
(請務必詳實填寫電話及 E-mail)											帳 戶 印 鑑 欄	
存款銀行核對印鑑												
主管	經辦											
以下由「送件人」填寫											以下由「國泰人壽」填寫	
以下由國泰人壽送件人填寫											受理單位：	
送件人(確認人)簽名											主管(覆核)	經辦
送件人身分證字號	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□		
送件人連絡方式	電話(手機)											



000161



10403

【保險費約定付款授權暨電子單據服務約定條款】

壹、一般條款

- 一、本授權書所稱之授權人為要保人委託其代繳要保人與國泰人壽保險股份有限公司（以下簡稱國泰人壽）所訂定之保險契約之「國泰人壽自費團體保險加入調查表」所載之自費部分總保費（以下簡稱保險費）之人。授權人僅限於要保人之員工，且須為保險契約之被保險人。
- 二、授權人同意由本授權書約定之銀行活期存款或活期儲蓄存款／郵局設有存簿儲金或劃撥儲金帳戶／信用卡帳戶，以自動轉帳／信用卡扣款交付保險費。
- 三、以自動轉帳／信用卡扣款繳付保險費者，授權人同意指定銀行／郵局／發卡機構於未完成驗印及建檔前，即得逕行扣繳保險費。國泰人壽就已受領之款項，得逕予入帳以繳交保單之保險費。若指定銀行／郵局／發卡機構撥款予國泰人壽後，始通知授權有瑕疵者，本授權書之授權自始不生效力，授權人應另行簽訂授權書。如因此而有所疑義時，國泰人壽將無息退還保險費至原扣繳帳戶，概與指定銀行／郵局／發卡機構無涉。
- 四、授權人與指定銀行／郵局／發卡機構之契約關係消滅或其他任何原因，致指定銀行／郵局／發卡機構未能付款予國泰人壽時，授權人同意指定銀行／郵局／發卡機構得將未能付款原因通知國泰人壽。
- 五、保險契約經辦理撤銷、終止、解除或其他原因而失效後，如指定銀行／郵局／發卡機構因作業時差及其他因素誤以其為有效而仍於授權人帳戶或信用卡自動交付保險費者，保險契約並不因此而有效，指定銀行／郵局／發卡機構得於發現錯誤後，通知國泰人壽將該筆款項退還授權人。
- 六、授權人對指定銀行／郵局／發卡機構之自動轉帳／信用卡扣款金額與保險費金額有疑義時，應逕行洽詢國泰人壽，概與指定銀行／郵局／發卡機構無關。
- 七、授權人以同一帳戶／信用卡同時授權指定銀行／郵局／發卡機構以自動轉帳／信用卡扣款交付兩件以上保險契約之保險費或同一天同一帳戶／信用卡內有兩筆以上扣款時，則由指定銀行／郵局／發卡機構衡量授權人之存款餘額與保險費狀況權衡處理，授權人不得有異議。
- 八、授權人同意國泰人壽及指定銀行／郵局／發卡機構得於授權繳交保險費之必要範圍內為蒐集、利用或處理授權人之個人資料。
- 九、本授權書不論授權成功與否，均不退還。

貳、第一次保險費條款

- 一、以本授權書授權繳交新契約第一次保險費者，應連同新契約要保書一併交予國泰人壽，新契約經國泰人壽同意承保，並確認自指定銀行／郵局／發卡機構受領第一次保險費時，溯及國泰人壽受理授權書時生效。若第一次保險費遭指定銀行／郵局／發卡機構拒付者，保險契約自始無效。
- 二、授權人或要保人於簽署授權書後，欲變更授權內容者，應另立授權書並於保險契約完成承保程序前送達國泰人壽，始生效力。
- 三、本授權書如因內容填寫不全，錯誤或其他原因致指定銀行／郵局／發卡機構無法辦理轉帳者，不生授權之效力。
- 四、授權繳交新契約第一次保險費者，授權人若無反對之意思表示，該新契約之續期保險費依照下列續期保險費條款辦理。
- 五、保險契約有因辦理撤銷、不同意承保或承保內容變更致生退還保險費之情事時，要保人及授權人同意國泰人壽得將應退還之保險費，匯入本授權書所約定之授權人帳戶。

參、續期保險費條款

- 一、授權指定銀行／郵局／發卡機構以自動轉帳／信用卡扣款交付保險費，依保險單所載保險費交付日期為1至10日(信用卡則為1至9日)間者，以當月9日為轉帳扣款基準日；保險單所載保險費交付日期為11至20日(信用卡為10至19日)間者，以當月19日為轉帳扣款基準日；保險單所載保險費交付日期為21日至月底者，以當月29日為轉帳扣款基準日(惟2月以27日為轉帳扣款基準日)；如遇假日，則順延至次一營業日扣款，並請提前一個營業日存妥款項／確認額度。
- 二、若於上述9、19、29日(2月則為27日)等轉帳扣款基準日扣款不成者，國泰人壽得再執行扣款或由要保人於保險契約條款約定之寬限期間屆滿前自行繳交該次保險費。若逾期未繳致保險契約停效者，概由要保人自行負責。
- 三、本授權書如因內容填寫不全，錯誤或其他原因致指定銀行／郵局／發卡機構無法辦理扣款者，不生授權之效力。
- 四、保險契約如經二次扣款不成，則國泰人壽得自該期起暫停自動轉帳／信用卡扣款；於保戶自行清償自欠繳之該期起至應繳之當期止之保險費後(月繳者須繳至應繳當月)，國泰人壽將恢復自動轉帳／信用卡扣款。
- 五、因作業時差及其他因素，發生重複收費之情事者，國泰人壽應將重複收取之保險費退還授權人。
- 六、因保單繳別、年期之變更或其他保全變更，致使當次金額與授權指定銀行／郵局／發卡機構以自動轉帳／信用卡扣款交付保險費之金額有短收或溢繳時，則得由國泰人壽於次月依本授權書續期保險費條款第一條約定之扣款基準日之相當日補收或無息退還至本授權書所約定之授權人帳戶。

肆、電子單據服務約定條款

- 一、申請電子單據服務者，相關單據或通知即改以電子郵件(E-mail)方式寄送，不再送交紙本。
- 二、日後若依法令或主管機關規定，前述電子單據須以紙本寄送者，國泰人壽得逕改以紙本交付，不再以電子郵件方式寄送。
- 三、申請人同意日後若於國泰人壽其他文件(如：要保書、變更申請書等)中所填寫之電子郵件地址(E-mail Address)與本申請書所載不符時，國泰人壽得逕以所知悉申請人之最新電子郵件地址寄發電子單據。
- 四、未約定事項悉依個別保險契約條款及國泰人壽相關作業規定辦理。

【個人資料保護法應告知事項】

國泰人壽係為人身保險服務及執行、辦理申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間或依法令規定要求期間內，以電子檔或紙本形式於我國境內供予國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務中心或利用國泰人壽免費客戶服務專線(0800-036-599)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集處理利用或刪除您的個人資料，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您選擇不提供或是提供之資料不完全時，基於健全人身保險業務之執行，國泰人壽將無法提供您完善的服務。

告知事項	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否
6.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.女性被保險人回答：(1)過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？(2)是否已確知懷孕？如是，已經幾週？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.(1)現在是否仍患有上述1-7項所列疾病？ (2)現在是否仍患有下列疾病： (A)飛蚊症、中耳炎、內耳炎、乳突炎、外耳炎、坐骨神經痛、脊椎彎曲、脊椎骨脫出症、骨折、蜂窩組織炎、史帝芬一強生症候群、骨質疏鬆症、肌無力、進行性肌萎縮、運動神經原疾病、硬皮症、股骨頭壞死、椎間板脫出、關節脫臼、骨膜炎、骨髓炎、關節炎。 (B)腎上腺機能亢進或低下、染色體異常、良性腫瘤、良惡性不明腫瘤、原位癌、抹片異常、膿瘍、息肉、結節、痛風、酒精或藥物濫用成癮。 (C)結核病、腦膜炎、梅毒、腦炎、水腦症。 (D)智能障礙、神經炎、神經痛、腦性麻痺、多發性硬化症、舞蹈症、癱瘓症、精神官能症、憂鬱症。 (E)肺水腫、肺炎、胸膜炎、鼻中隔彎曲、鼻竇炎、慢性鼻炎、氣胸、慢性阻塞性肺部疾病、肺沉著症、肺積膿、肋膜積水。 (F)心絞痛、動脈瘤、心臟瓣膜疾病、動靜脈栓塞及血栓症、食道靜脈曲張、血液凝固缺陷、紅血球過多症、貧血、高血壓症(指收縮壓140mmHG 舒張壓90mmHG 以上)。 (G)肝腫大、消化性潰瘍或出血、慢性胃炎、肝膽結石、腸阻塞。 (H)腎炎、腎水腫、泌尿系統結石、血尿、膀胱炎、尿道炎、輸卵管炎、卵巢炎、骨盆腹膜炎、前列腺肥大或發炎、子宮頸糜爛、子宮脫出。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.(1)過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (A)高血壓症(指收縮壓140mm 舒張壓90mm 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤 (B)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症 (C)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病 (D)糖尿病 (E)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症 (F)視網膜出血或剝離、視神經病變 (2)目前身體機能是否有下列障害： (A)失明。(B)是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一日視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表0.3以下。(C)聾。 (D)是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在50分貝(dB)以上。(E)啞。 (F)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(G)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
※被保險人之健康情形若有上列1-9項所述的情況，請詳填：●姓名、●病名(外傷者，含受傷部位)、●就診醫院、●大約就診期間、●診療過程(門診或住院)、●有無手術、●治療結果及目前狀況										

參、聲明事項：

- 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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貴公司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貴公司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，而貴公司仍承保者，貴公司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貴公司者，同意貴公司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。
 - 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貴公司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貴公司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，而貴公司仍承保者，貴公司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貴公司者，同意貴公司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，但貴公司應以「日額」方式給付。
- ※本要保書告知事項均經要保人及被保險人確認，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於危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條之規定解除契約，其危險發生後亦同。
※本人(被保險人)於填寫申請書時，已審閱貴公司所提供之「個人資料保護法應告知事項」。

被保險人簽名：_____ / _____ / _____ / _____ / _____

法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____ 中華民國_____年_____月_____日

1. _____ 關係 _____ 身分證字號 _____ 國籍 _____ 出生年月日 _____

2. _____ 關係 _____ 身分證字號 _____ 國籍 _____ 出生年月日 _____

註：若要保書已有資料者，可免填寫關係、身分證字號及出生年月日。

業務員 1 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)	業務員 2 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)	業務員 3 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)
----------------------------	-------------------------	----------------------------	-------------------------	----------------------------	-------------------------



711075



10701 版

國泰人壽保險股份有限公司

被保險人監護宣告詢問事項

依保險法第 107 條之一第一項：「訂立人壽保險契約時，以受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，除喪葬費用之給付外，其餘死亡給付部分無效。」，請據實回答下列詢問事項：

保單號碼：_____

身份	身分證字號	目前是否受有監護宣告？	被保險人簽名 (未滿 7 足歲/受監護宣告者，由法定代定人/監護人代簽)	法定代理人/監護人簽名 (未滿 20 足歲且未婚/受監護或輔助宣告者)
員工		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		/關係
配偶		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		/關係
子女(1)		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		/關係
子女(2)		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		/關係
子女(3)		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		/關係
父母		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		/關係
父母		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		/關係

註：

1. 於上述詢問事項『目前是否受有監護宣告？』勾選「是」者，請提供相關證明文件。
2. 未受有監護宣告之被保險人，仍須於簽名欄簽名。

中華民國 年 月 日