電子公文

檔　　號：
保存年限：

教育部 書函

地址：100217 臺北市中正區中山南路5號
承辦人：余妮臻
電話：02-7736-6367
電子信箱：jenny@mail.moe.gov.tw

受文者：國立臺灣師範大學

發文日期：中華民國112年2月9日
發文字號：臺教人(五)字第1120013467號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：原函、說明資料、方案內容及加入表、健康聲明書

主旨：112年至114年「闔家安康」-全國公教員工團體保險，經公開徵選由中國人壽保險股份有限公司獲選賡續承作，請查照轉知。

說明：依行政院人事行政總處112年2月7日總處給字第11240001962號函辦理，並檢附原函及附件影本各1份。

正本：部屬機關(構)與學校及其附設機構、各私立大專校院
副本：電子公文交換章 112/02/09 11:28:20

裝 訂 線

總收文 112/02/09
1120004502

檔　　號:
保存年限:

行政院人事行政總處 函

地址：臺北市濟南路一段2-2號10樓
承辦人：洪寶蓮
電話：02-23979298 # 652
傳真：02-23971793
E-Mail：H0206@dgpa.gov.tw

受文者：教育部

發文日期：中華民國112年2月7日
發文字號：總處給字第11240001962號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (112E000405_1_07164637680.pdf、112E000405_2_07164637680.pdf、112E000405_3_07164637680.pdf)

主旨：「112年至114年『闔家安康』-全國公教員工團體保險」（以下簡稱本保險），經公開徵選由中國人壽保險股份有限公司(以下簡稱中國人壽)獲選賡續承作，檢送本保險辦理說明資料、方案內容及加入表各1份，請查照轉知所屬機關(構）同仁參考運用。

說明：

一、110年至112年全國公教員工團體保險，由中國人壽依約承作至本（112）年3月31日24時止，經本總處辦理公開徵選本保險承作保險公司，由該公司獲選賡續承作，並提供「意外險給付方案」與「壽險、意外險及住院醫療給付方案」等2方案，辦理期間自本年4月1日0時起至114年3月31日24時止，為期2年。相關規定請參閱旨揭說明資料，另投保作業請逕洽中國人壽辦理。

二、相關注意事項:

(一)本保險係徵選合法登記並有意願提供優惠內容之保險公司，轉介予公教員工，相關保險給付資金由承作保險公

1120013467 收文日期:112/02/08

司自行籌措，被保險人保險費用由投保人全額負擔，本總處不負貼補之責。

(二)如因本保險發生任何糾紛，由承作保險公司及投保人依民法、保險法及相關法令規定解決，本總處不涉入處理。

(三)本保險係由中國人壽自負風險管理責任，依被保險人各項條件進行評估，爰該公司就本保險具有最終准駁核保權。

(四)本保險相關資訊業已公告於本總處全球資訊網給與福利處「福利文康」區及中國人壽官方網站，如需進一步瞭解相關內容，洽詢電話：市話免費撥打：0800-098-889。

正本：總統府秘書長、立法院秘書長、司法院秘書長、考試院秘書長、監察院秘書長、國家安全會議、中央研究院、國史館、考選部、銓敘部、公務人員保障暨培訓委員會、公務人員退休撫卹基金監理委員會、公務人員退休撫卹基金管理委員會、審計部、國家安全局、行政院各部會行總處署[含行政院秘書長,不含行政院人事行政總處]、國家運輸安全調查委員會、不當黨產處理委員會、各直轄市政府、各縣市政府、各直轄市議會、各縣市議會

副本：中國人壽保險股份有限公司、行政院人事行政總處人事室(含附件)

電子公文交換章 2023/02/07 16:54:26

「112 年至 114 年『闔家安康』-全國公教員工團體保險」
(以下簡稱本保險)辦理說明資料

一、本保險開辦之緣由

為期各機關學校於辦理員工自費團體保險時，於保險項目及保險費之間，提供較具福利價值之保障內容，經由行政院人事行政總處以公開徵選方式，由中國人壽保險股份有限公司（以下簡稱中國人壽）獲選辦理本保險業務。

二、本保險之主辦單位及承辦保險公司

本保險之要保單位為行政院人事行政總處公務人員協會，徵選作業由行政院人事行政總處主辦，由中國人壽獲選承作。

三、本保險之辦理期間

自 112 年 4 月 1 日 0 時起，至 114 年 3 月 31 日 24 時止，期間 2 年。

四、本保險適用對象資格

（一）投保對象：中央及地方各機關、公私立學校及公營事業機構現職員工(含聘僱人員，不含留職停薪人員，以下同)及其配偶、子女、父母(含配偶之父母)，並以職業分類第 1 至 4 職級人員為範圍。

（二）現職員工本人需加保，眷屬始可附加。

（三）所有被保險人需投保同一方案，不得跨方案投保。

（四）一經承保後，將持續有效至保單年度屆滿。若現職員工身故致終止加保資格者，其眷屬亦需同時辦理退保。

五、被保險人年齡限制

（一）中央及地方各機關、公私立學校及公營事業機構現職員工及其配偶、父母（含配偶之父母）投保年齡上限為 70 歲，可續保至 80 歲。

（二）中央及地方各機關、公私立學校及公營事業機構現職員工之子女，投保年齡自出生且健康出院起至 30 歲且未婚之戶籍登記之子女。

（三）於 112 年 3 月 31 日止仍在保原中國人壽承作之「110 年至 112 年『闔家安康』-全國公教員工團體保險」者，如於 112 年 5 月 31 日前加保且提供同年 3 月 31 日在保證明資料，並經中國人壽核保同意者，不受前項投保年齡上限 70 歲之限制，惟仍僅得續保至 80 歲。

六、保險費

（一）〈方案一〉意外險給付方案:

1. 員工及其配偶：年繳新臺幣(以下同)2,340 元。
2. 員工子女:

＊未滿 15 歲:770 元。

＊已滿 15 歲:1,590 元。

3. 父母（含配偶之父母）：2,350 元。

4. 免健康聲明、免體檢。

（二）〈方案二〉壽險、意外險及住院醫療給付方案：

1. 員工及配偶：3,540 元。

2. 員工子女:

＊未滿 15 歲:1,300 元。

＊已滿 15 歲:2,790 元。

3. 父母（含配偶之父母）：2,350 元(註:本方案父母僅能以意外險給付方案加保)。

4. 員工、配偶及子女需健康聲明。

七、本保險給付項目

（一）〈方案一〉意外險給付方案:

意外傷害保險(含重大燒燙傷保險、運輸事故身故保險、火災或溺水事故身故保險、航空意外身故保險)、傷害醫療保險、意外醫療住院保障(住院日額【含骨折未住院】、住院前後一週門診醫療、加護病房費日額、每次住院手術費用)。

（二）〈方案二〉壽險、意外險及住院醫療給付方案：

1. 員工、配偶及子女：定期壽險、意外傷害保險(含重大燒燙傷保險、運輸事故身故保險、火災或溺水事故身故保險、航空意外身故保險)、傷害醫療保險、住院醫療保障(住院日額【含骨折未住院】、住院前後兩週門診醫療、加護病房費日額、每次住院手術費用)。

2. 父母（含配偶之父母）：同意外險給付方案之給付項目。

八、其他應注意事項

（一）本保險係徵選合法登記並有意願提供優惠內容之保險公司，轉介予公教員工，相關保險給付資金由承作保險公司自行籌措，保險費則由被保險人全額負擔，本總處不負貼補之責。

（二）如因本保險發生任何糾紛，應依民法、保險法及相關法令規定解決，行政院人事行政總處不涉入處理。

（三）本保險係由中國人壽自負風險管理責任，依被保險人各項條件進行評估，爰該公司就本保險具有最終准駁核保權。

九、辦理方式

（一）請洽中國人壽辦理，查詢網址：

https://www.chinalife.com.tw/wps/portal/chinalife/insurer-service/group-insurer-service/FamilyHealth；洽詢電話：0800-098-889。

（二）為提供 24 小時服務，中國人壽本次推出全新數位化服務管道 LINE 帳號(中國人壽-闔家安康)，請搜尋 LINE ID「@707zejng」，或掃描下方 QR code 加入，以獲得重要資訊及聯繫專屬服務顧問。

中國人壽-闔家安康

全新 LINE 服務

中國人壽-闔家安康

立刻掃描加入

中國人壽『闔家安康-全國公教員工團體保險』

■ <方案一>意外險給付方案：(本專案承保對象限職業分類第 1 至 4 類人員，免健康聲明、免體檢。)

保險計畫/金額	員工	配偶	已滿 15 足歲子女	未滿 15 足歲子女	父母
中國人壽團體傷害保險 身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金	300 萬元	300 萬元	100 萬元	—	200 萬元
中國人壽團體重大燒燙傷傷害醫療保險附加條款 重大燒燙傷保險金	105 萬元	105 萬元	35 萬元	—	70 萬元
中國人壽團體傷害保險給付附加條款(丁型) 運輸事故身故保險金或喪葬費用保險金	300 萬元	300 萬元	100 萬元	—	200 萬元
中國人壽團體傷害保險給付附加條款(戊型) 火災或溺水事故身故保險金或喪葬費用保險金	200 萬元	200 萬元	100 萬元	—	100 萬元
中國人壽團體傷害保險給付附加條款(己型) 航空意外身故保險金或喪葬費用保險金	200 萬元	200 萬元	100 萬元	—	100 萬元
中國人壽傷害醫療保險金限額給付附加條款(實支實付型) 傷害醫療保險金	3 萬元	3 萬元	3 萬元	3 萬元	3 萬元
中國人壽新團體意外住院醫療定額給付傷害保險附加條款					
意外傷害住院保險金 (每次住院期間給付日數最高以 120 日為限)	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元
意外傷害門診醫療費用保險金 (住院前七日及出院後七日內)	500 元	500 元	500 元	500 元	500 元
意外傷害加護病房費用保險金 (每次住院期間給付日數最高以 120 日為限)	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元
意外傷害住院手術費用保險金 (以「手術名稱及費用表」所載比率給付，2%~300%)	3 萬元	3 萬元	3 萬元	3 萬元	3 萬元
骨折未住院給付	完全骨折未住院治療者，或已住院但未達骨折別所訂日數其未住院部分，按骨折別所訂日數(14~60 天)乘以住院日額的二分之一(500 元)。如係不完全骨折，按完全骨折二分之一給付；如係骨骼龜裂者，按完全骨折四分之一給付。				
初次加保年齡限制(保險年齡)	15-70 歲 (70 歲+6 個月內)	15-70 歲 (70 歲+6 個月內)	15-30 歲 (30 歲+6 個月內)	0-14 歲	15-70 歲 (70 歲+6 個月內)
年繳保費	**2,340 元**	**2,340 元**	**1,590 元**	**770 元**	**2,350 元**

■ <方案一>保險年度中保障生效日對應保費表 (若保障非 4 月 1 日生效者，按下表收取非整年保費。)

生效日 身分	112.4.1 3/15 前送件	112.5.1 4/15 前送件	112.6.1 5/15 前送件	112.7.1 6/15 前送件	112.8.1 7/15 前送件	112.9.1 8/15 前送件
員工/配偶	2,340 元	2,148 元	1,950 元	1,759 元	1,560 元	1,362
0-14 歲子女	770 元	707 元	642 元	579 元	514 元	449 元
15-30 歲子女	1,590 元	1,461 元	1,326 元	1,195 元	1,061 元	927 元
父母	2,350 元	2,157 元	1,957 元	1,766 元	1,567 元	1,369 元
生效日 身分	**112.10.1 9/15 前送件**	**112.11.1 10/15 前送件**	**112.12.1 11/15 前送件**	**113.1.1 12/15 前送件**	**113.2.1 1/15 前送件**	**113.3.1 2/15 前送件**
員工/配偶	1,170 元	972 元	780 元	582 元	383 元	198 元
0-14 歲子女	385 元	320 元	256 元	191 元	126 元	65 元
15-30 歲子女	796 元	661 元	529 元	396 元	261 元	135 元
父母	1,175 元	977 元	783 元	584 元	385 元	199 元

※ 若員工子女於投保時未滿 15 足歲者，則當年度僅得投保中國人壽傷害醫療保險金限額給付附加條款(實支實付型)及中國人壽新團體意外住院醫療定額給付傷害保險附加條款。

■ <方案二>壽險、意外險及住院醫療給付方案：(本專案承保對象限職業分類第 1 至 4 類人員，員工、配偶、子女需填寫健康告知聲明)

保險計劃/金額	員工	配偶	已滿 15 足歲子女	未滿 15 足歲子女	父母
中國人壽團體定期壽險 身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金	50 萬元	50 萬元	50 萬元	--	--
中國人壽團體傷害保險 身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金	300 萬元	300 萬元	100 萬元	--	200 萬元
中國人壽團體重大燒燙傷傷害醫療保險附加條款 重大燒燙傷保險金	105 萬元	105 萬元	35 萬元	--	70 萬元
中國人壽團體傷害保險給付附加條款(丁型) 運輸事故身故保險金或喪葬費用保險金	300 萬元	300 萬元	100 萬元	--	200 萬元
中國人壽團體傷害保險給付附加條款(戊型) 火災或溺水事故身故保險金或喪葬費用保險金	200 萬元	200 萬元	100 萬元	--	100 萬元
中國人壽團體傷害保險給付附加條款(己型) 航空意外身故保險金或喪葬費用保險金	200 萬元	200 萬元	100 萬元	--	100 萬元
中國人壽傷害醫療保險金限額給付附加條款(實支實付型) 傷害醫療保險金	3 萬元	3 萬元	3 萬元	3 萬元	3 萬元
中國人壽團體住院醫療定額保險					
住院醫療日額 (每次事故最高 180 天)	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元	---
住院門診費用 (住院前後兩週)(每次事故最高 15 次)	500 元	500 元	500 元	500 元	
加護病房日額 (每次事故最高 31 天)	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元	
中國人壽團體住院醫療定額保險手術費用批註條款 手術費用保險金 (以「手術名稱及費用表」所載比率給付，2%~300%)	3 萬元	3 萬元	3 萬元	3 萬元	
中國人壽團體骨折未住院傷害醫療保險附加條款(日額型) 骨折未住院醫療保險金	完全骨折未住院治療者，或已住院但未達骨折別所訂日數其未住院部分，按骨折別所訂日數(14~60 天)乘以**骨折未住院醫療保險金(500 元)**。如係不完全骨折，按完全骨折二分之一給付；如係骨骼龜裂者，按完全骨折四分之一給付。				
中國人壽新團體意外住院醫療定額給付傷害保險附加條款(含骨折未住院給付)					
意外傷害住院保險金 (每次住院期間給付日數最高以 120 日為限)	---				1,000 元
意外傷害門診醫療費用保險金 (住院前七日及出院後七日內)					500 元
意外傷害加護病房費用保險金 (每次住院期間給付日數最高以 120 日為限)					1,000 元
意外傷害住院手術費用保險金 (以「手術名稱及費用表」所載比率給付，2%~300%)					3 萬元
初次加保年齡限制(保險年齡)	15-70 歲 (70 歲+6 個月內)	15-70 歲 (70 歲+6 個月內)	15-30 歲 (30 歲+6 個月內)	0-14 歲	15-70 歲 (70 歲+6 個月內)
年繳保費	**3,540 元**	**3,540 元**	**2,790 元**	**1,300 元**	**2,350 元**

■ <方案二>保險年度中保障生效日對應保費表 (若保障非 4 月 1 日生效者，按下表收取非整年保費。)

生效日 身分	112.4.1 3/15 前送件	112.5.1 4/15 前送件	112.6.1 5/15 前送件	112.7.1 6/15 前送件	112.8.1 7/15 前送件	112.9.1 8/15 前送件
員工/配偶	3,540 元	3,250 元	2,950 元	2,660 元	2,360 元	2,060 元
0-14 歲子女	1,300 元	1,194 元	1,084 元	977 元	867 元	757 元
15-30 歲子女	2,790 元	2,563 元	2,326 元	2,096 元	1,861 元	1,625 元
父母	2,350 元	2,157 元	1,957 元	1,766 元	1,567 元	1,369 元
生效日 身分	**112.10.1 9/15 前送件**	**112.11.1 10/15 前送件**	**112.12.1 11/15 前送件**	**113.1.1 12/15 前送件**	**113.2.1 1/15 前送件**	**113.3.1 2/15 前送件**
員工/配偶	1,770 元	1,470 元	1,180 元	881 元	581 元	300 元
0-14 歲子女	650 元	540 元	433 元	323 元	214 元	110 元
15-30 歲子女	1,396 元	1,159 元	929 元	695 元	459 元	237 元
父母	1,175 元	977 元	783 元	584 元	385 元	199 元

※ **若員工子女於投保時未滿 15 足歲者，則當年度僅得投保中國人壽傷害醫療保險金限額給付附加條款(實支實付型)、中國人壽團體住院醫療定額保險、中國人壽團體住院醫療定額保險手術費用批註條款、中國人壽團體骨折未住院傷害醫療保險附加條款(日額型)。**

中國人壽『闔家安康-全國公教員工團體保險』加入表填寫說明暨注意事項

■ **專案期間：**自 112 年 4 月 1 日零時起至 114 年 3 月 31 日 24 時止為期 2 年。

■ **保險期間：**112 年度保險期間自 112 年 4 月 1 日零時起至 113 年 3 月 31 日 24 時止。

■ **被保險人資格：**

1. 投保對象：行政院人事行政總處之全國各級機關、公私立學校及公營事業機構現職員工（不含留職停薪人員，**加保請檢附身分證明文件(擇一提供)如公務人員識別證影本、一年(含)以上約聘書影本、在職證明書影本**）及其配偶、父母（含配偶父母）、子女，工作性質限職業分類第 1 至 4 類者；現職員工本人需加保，眷屬始可附加。
2. 一經承保後，將持續有效至保單年度屆滿。若現職員工因身故致終止加保資格者，其眷屬亦需同時辦理退保。
3. **所有被保險人需投保同一方案，不得跨方案投保。**

■ **年齡限制：**

1. 現職員工及配偶(以戶籍登記為準)投保年齡上限為保險年齡 70 歲(70 歲+6 個月內)，續保至 80 歲(80 歲+6 個月內)。
2. 方案一：子女自出生且健康出院起至 30 歲(30 歲+6 個月內)且未婚之員工戶籍所登記子女。**保險契約生效時未滿 15 足歲之員工子女僅得投保傷害醫療保險金限額給付附加條款(實支實付型)、團體新意外住院醫療定額給付傷害保險附加條款，當年度不調整投保內容**。保險契約生效時滿 15 足歲之員工子女則投保團體傷害保險及其附加條款(含丁、戊、己型、團體重大燒燙傷傷害醫療保險附加條款)及傷害醫療保險金限額給付附加條款(實支實付型)、團體新意外住院醫療定額給付傷害保險附加條款。

   方案二：子女自出生且健康出院起至 30 歲(30 歲+6 個月內)且未婚之員工戶籍所登記子女。**保險契約生效時未滿 15 足歲之員工子女僅得投保傷害醫療保險金限額給付附加條款(實支實付型)、團體住院醫療定額保險、團體住院醫療定額保險手術費用批註條款、團體骨折未住院傷害醫療保險附加條款(日額型)，當年度不調整投保內容**。保險契約生效時滿 15 足歲之員工子女則投保團體定期壽險、團體傷害保險及其附加條款(含丁、戊、己型、團體重大燒燙傷傷害醫療保險附加條款)及傷害醫療保險金限額給付附加條款(實支實付型)、團體住院醫療定額保險、團體住院醫療定額保險手術費用批註條款、團體骨折未住院傷害醫療保險附加條款(日額型)。
3. 父母親（含配偶之父母親）(以戶籍登記為準)首次投保年齡上限為保險年齡 70 歲(70 歲+6 個月內)，續保至 80 歲(80 歲+6 個月內)。

■ **加退保作業：【請務必交由各縣市專責服務中心(詳如附表)受理收件，以維護保險權益】**

1. 加保作業：
   （1） 填寫【加入表】申請書，於每月 15 日前交由各縣市專責服務中心之業務代表收受辦理。
   （2） 投保方案二者，需全戶重新填寫加入表及員工、配偶、子女另需填寫健康告知聲明書，經中國人壽核保同意後始予承保。
   （3） 電洽各縣市專責服務中心，將派專人協助辦理。
   （4） 若有補辦事項，應於照會截止日前補辦完成，經核保通過後，自依申請日所對照之日期為生效日；若未能於期限內完成，則當次加保作業不生效力。如欲加保，請重新辦理加保申請作業。
2. 退保作業：一經承保後，將持續有效至保單年度屆滿。若現職員工因身故致終止加保資格者，眷屬亦需同時辦理退保。
3. 被保險人契約變更通知：
   被保險人於保險期間內，如因基本資料變更(需提供身分證明文件)／身故受益人指定變更／服務機關單位變更／職業(工作性質)變更...等，請通知各縣市專責服務中心辦理，以免權益受損。

■ **其他規定：**

1. 若夫妻同為全國各級機關、公私立學校及公營事業機構現職員工，僅得選擇一種身份參加，不得互以配偶身份重複加保且子女、父母及配偶父母也僅得選擇一方加保。
2. 本專案承保對象限職業分類第 1 至 4 類人員，若有不實說明，中國人壽將解除契約，發生事故後亦同。若於保險年度中職業等級變動為非第 1 至 4 類人員，則需提出變更退保，中國人壽將退還未到期保費。（職業等級依中國人壽職業分類表為主）
3. 所有被保險人需投保同一方案，不得跨方案投保。
4. 被保險人每月保險費(信用卡)扣款時間：生效月當月 11 日、21 日及次月 1 日進行扣款；如扣款不成功，中國人壽將發照會通知單，由服務代表通知被保險人進行補正資料，如連續三次扣款失敗者，其保險自始不生效力。

5. 生效日期:112 年 3 月 15 日前提出申請,經中國人壽核保通過且扣款成功,生效日為 112 年 4 月 1 日。之後中途加保者,每月 15 日前申請,次月 1 日生效。
6. 員工離職、退休、留職停薪或眷屬超過承保年齡上限時,其保險效力持續至該期保險費之保險年度屆滿時為止,次年度將不再續保。
7. 相關欄位請正楷填寫,如有塗改請換表重填或請主被保險人(員工)於塗改處簽名。
8. 被保險人若為外籍人士,身分證字號欄位請填寫統一證號並提供有效居留證件影本。
9. 中國人壽保留承保與否之權利,並進行包括但不限於被保險人之體況、財務核保等核保作業。另,必要時得要求被保險人提供財務狀況告知書、財力證明文件及核保所需等相關文件,以利評估。
10. 以上事宜若有疑義或未盡事宜時,以要保單位與中國人壽訂定之保險契約及保單條款約定為準。

《闔家安康》專案承保限職業分類第 1 至 4 類人員,職業分類以中國人壽最後核定為準;因職業分類眾多若有任何疑義,請洽各服務代表或保戶服務專線 0800-098-889 查詢。

『投保人須知』

一、投保時,應先請業務員出示登錄證,並請其詳細告知登錄證上所載授權範圍;如未主動出示或告知,應要求其出示並詳細告知。
說明:保險業務員管理規則第六條規定:業務員於招攬保險時,應出示登錄證,並告知授權範圍。如業務員未主動出示或告知,要保人應向其提出要求以確保本身之權益。
二、告知義務:要保人及被保險人應誠實告知,否則保險公司得解除契約;保險事故發生後亦同。
說明:(一)保險法第六十四條規定:「訂立契約時,要保人對於保險人之書面詢問,應據實說明。」又「要保人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,保險人得解除契約;其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時,不在此限。」前項契約解除權,自保險人知有解除之原因後,經過一個月不行使而消滅,或契約訂立後經過二年,即有可以解除之原因,亦不得解除契約。(二)因保險契約是最大誠信契約,所以要保人及被保險人在要保時應將要保書各項詢問事項,詳實說明或填寫清楚,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,這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。
三、除外責任:
說明:(一)保險公司依照保險法規定,有下列原因,可以不負賠償責任。
1.要保人或受益人故意致被保險人於死者(參考保險法第一二一條)。
2.被保險人訂約或復效之日起二年內故意自殺,或因犯罪處死或拒捕或越獄致死者(參考保險法第一〇九條)。
(二)此外在人壽保險單條款通常都有詳細訂明各種除外責任之範圍,可以參閱。
四、保險責任始期保險費過期未繳付,保險契約會自動停止效力。
說明:保險公司的保險責任,應自保險公司同意承保並收取第一期保險費後負保險責任,保險公司並應發給保險單作為承保的憑證。若在保險公司同意承保與否之意思表示前預收相當於第一期的保險費,而發生應予給付的保險事故時,保險公司仍須負保險責任。
五、投保時,要保書應親自填寫及簽章,如本人不能書寫,得授權由家屬為之,但應註明其經過;業務員及保險公司會主動提供保險單條款,並於要保人交付保險費後,出具正式收據。為知道您投保的內容,及維護您的權益,如業務員及保險公司未主動提供時,請務必要求其提供。
六、被保險人為未滿十五足歲之未成年人,或受監護宣告尚未撤銷者,其身故保險金給付之限制。
說明:(一)本契約生效時,以未滿十五足歲之未成年人為被保險人,無身故保險金之給付。(二)訂立本契約時,以受監護宣告尚未撤銷者為被保險人,其喪葬費用保險金額總和(不限本公司),不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費用扣除額之半數,其超過部分本公司不負給付責任,本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。(三)前開內容在保單條款都有詳細規定,可以參閱。
七、本保險商品受保險安定基金之保障。
說明:保險安定基金之保障適用於依我國法律設立許可之本(外)國人壽保險業在我國境內銷售之有效保險契約,但不包括下列契約:(一)未經我國法令許可之保險業在國內所銷售之保險契約。(二)國內壽險業之國外(總)分支機構在國外銷售之保險契約。(三)保險商品之專設帳簿部分。(四)依據勞工退休金條例年金保險實施辦法規定銷售之勞退企業年金保險契約及勞退個人年金保險契約。(人身保險安定基金動用範圍及限額第二點)
八、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道:
說明:要保人、被保險人或受益人因保險契約發生爭議時,可依金融消費者保護法規定先向保險業提出申訴,保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理,並將處理結果回覆申訴人;申訴人不接受處理結果者或保險業逾上述期限不為處理者,申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內,向爭議處理機構申請評議。

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容 版本:11006

中國人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:
(一)〇〇一 人身保險
(二)〇四〇 行銷
(三)〇五九 金融服務業依法令規定及金融監理需要、所為之蒐集處理及利用
(四)〇六九 契約、類似契約或其他法律關係事務
(五)一八一 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)地址等聯絡方式 (四)病歷、醫療、健康檢查 (五)財務狀況 (六)聲音、影像檔案
(七)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容
三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式:
(一)期間:本保險契約之有效期間及依法令規定應為保存之期間。
(二)對象:本公司、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、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委託機構、本公司所屬金融控股公司及其子公司(包括但不限於與本公司共同行銷或交互運用客戶資料者)及其委外單位、與本公司合作推廣 台端保險契約之保險代理人/保險經紀人(含兼營保險代理人/保險經紀人業務之銀行)、與本公司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,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:書面。
五、台端不提供個人資料所致權益之影響:
台端若未能提供相關個人資料時,本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此可能婉謝承保、遲延或無法承保。

112 年度中國人壽『闔家安康-全國公教員工團體保險』加入表

（＊為必填欄位）

*服務機關				*部門單位	
*員工姓名		*身分證號		*出生日期	民國　　年　　月　　日
聯絡電話	分機			*行動電話	
*聯絡地址	(郵遞區號　　)			電子信箱	

■ 保險期間

自 112 年 4 月 1 日零時起至 113 年 3 月 31 日 24 時止。**(中途加保者，經核保通過後，依申請日所對照之日期為生效日)**

■ 新加保者請先勾選投保方案 ： □方案一　　□ 方案二　(所有被保險人僅能投保同一方案)

■ 被保險人資料 (限職業分類第 1 至 4 類人員加保，如有塗改請換表重填或於塗改處簽名)

加保	變更	退保	身分	被保險人親簽	身分證號	出生日期（民國年/月/日）	工作職稱及內容（務必詳填）
			員工本人				
			員工配偶				
			子女(1)				
			子女(2)				
			子女(3)				
			本人父親				
			本人母親				
			配偶父親				
			配偶母親				

※被保險人目前是否受有監護宣告？…… □否 □是（請提供相關證明文件），
受監護宣告之被保險人姓名如右：_____

※員工之身故或喪葬費用保險金受益人為法定繼承人；眷屬之身故或喪葬費用保險金受益人順位為 1.員工本人 2.法定繼承人（但已由被保險人具名指定者，依其指定; 具名指定以被保險人家屬或其法定繼承人為限）。

※失能及各項醫療保險金的受益人為被保險人本人，保險公司不受理其指定或變更。

※身故保險金受益人如係身分別之指定，或要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址或電話時，則以要保人最後所留存於保險公司之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

■ 被保險人確認事項

1. **保險公司或要保人(單位)已提供本團保「調查表/加入表填寫說明暨注意事項」供被保險人成員參閱。**
2. **被保險人已審閱「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」(內容詳背面附表)。**
3. **被保險人已審閱「投保人須知」及「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」。**
4. **被保險人瞭解並同意中國人壽保險(股)公司將提供被保險人之姓氏及連絡電話予要保單位（行政院人事行政總處公務人員協會），於通知被保險人以利其後續參加「闔家安康」公教員工團體保險方案之目的範圍內，蒐集、處理或利用被保險人之姓氏及連絡電話。**

■ 被保險人聲明事項

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）同意中國人壽保險(股)公司將本要保文件(調查表)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）同意中國人壽保險(股)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。**

員工(主被保險人/法定代理人)親簽：_____　　填表日期：　　年　　月　　日

身分證明	□公務人員識別證影本　□一年(含)以上約聘書影本　□在職證明書影本	若無提供身分證明文件 則請蓋人事單位戳章(不可為收發章)

保險公司專用欄	通訊處		業務員簽名		登錄證字號		聯絡電話		闔家安康專案收件章	

◎業務員聲明事項：

1. 本人已核對要保人、被保險人及法定代理人個人身分證明文件，並確認其身分、職業（含工作內容）、戶籍地址及住所(通訊地址)與要保文件填載內容一致，並已確認要保人與被保險人/被保險人與受益人之關係及受益人之身分。
2. 本保單之規劃，已確實瞭解要保人與被保險人之投保目的、保險需求，並綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之適當性（適合度），及確認要保人已確實瞭解其所繳交保險費係用以購買保險商品。
3. **本要保書各欄及詢問事項，確經本人當面向要保人、被保險人及法定代理人說明，並由要保人、被保險人及法定代理人親自填寫及簽名無誤，且本報告書各欄均屬確實，若有不實致生損失於公司，本人願負全部責任，特此聲明。**

中國人壽『闔家安康-全國公教員工團體保險』【各縣市專責服務中心聯絡表】

縣市	通訊處	服務代表	聯絡手機	聯絡電話	服務地區
台北市 新北市 基隆市	威力	李杰峰 趙曉惠 王白雲	0972-121-817 0922-813-065 0932-713-975	(02)2311-0206	台北市 新北市 基隆市
桃園 1	虹燁	許雅虹	0916-932-515	(03)357-0922	桃園區、蘆竹區、龜山區
桃園 2	瑞興	羅安介	0916-878-939	(03)357-0728	平鎮區、八德區、楊梅區、大溪區、龍潭區、大園區、觀音區、新屋區、復興區
桃園 3	上千	馬翊寧	0989-668-507	(03)357-0019	桃園區、中壢區
新竹 1	昌羿	黃篠皖	0917-190-556	(03)516-3458	新竹市、竹北市、寶山鄉、湖口鄉、新豐鄉
新竹 2	上千	馬翊寧	0989-668-507	(03)357-0019	新埔鎮、竹東鎮、關西鎮、峨眉鄉、北埔鄉、芎林鄉、橫山鄉、尖石鄉、五峰鄉
苗栗 1	大昇	洪巧禾	0961-060-125	(03)516-3418	苗栗市、竹南鎮、頭份市、三灣鄉、造橋鄉、頭屋鄉、南庄鄉、後龍鎮、西湖鄉
苗栗 2	俞傑	李時菁	0922-357-212	(04)2378-0007	通霄鎮、苑裡鎮、公館鄉、銅鑼鄉、三義鄉、獅潭鄉、大湖鄉、卓蘭鎮、泰安鄉
臺中 1	菁業	江沛宸	0921-751-717	(04)2376-3908	中區、東區、南區、西區、北區、北屯區、西屯區、南屯區
臺中 2	威任	林睿斌	0931-687-141	(04)2378-1253	大甲區、大安區、外埔區、清水區、梧棲區、沙鹿區、龍井區、大肚區
臺中 3	禾順	林欣瑩	0925-891-761	(04)2375-0106	豐原區、后里區、潭子區、神岡區、大雅區、石岡區、東勢區、和平區
臺中 4	大銘	施政吉	0936-243-002	(04)2375-5880	烏日區、大里區、霧峰區、太平區、新社區
彰化 1	建國	瞿憶蘭	0927-052-707	(04)2376-1705	伸港鄉、線西鄉、和美鎮、鹿港鎮、福興鄉、秀水鄉、花壇鄉、芬園鄉、大村鄉、二林鎮、大城鄉、芳苑鄉、竹塘鄉、埤頭鄉、溪州鄉
彰化 2	俞傑	李時菁	0922-357-212	(04)2378-0007	彰化市、溪湖鎮、永靖鄉、埔心鄉、埔鹽鄉、社頭鄉、田尾鄉、田中鎮、北斗鎮、二水鄉
彰化 3	凱旋	高美足	0935-678-979	(04)2378-1082	員林市
南投 1	立翔	張育瑋	0921-368-383	(04)2375-5880	南投市、草屯鎮、竹山鎮、集集鎮、名間鄉、鹿谷鄉、中寮鄉、水里鄉
南投 2	凱旋	高美足	0935-678-979	(04)2378-1082	埔里鎮、國姓鄉、魚池鄉、信義鄉、仁愛鄉
雲林 1	松慶	邱慧娟	0933-421-069	(05)533-5837	林內、斗六、斗南、古坑
	嘉誠	許淳雅	0932-193-133	(05)223-5869	西螺、刺桐
雲林 2	嘉誠	許淳雅	0932-193-133	(05)223-5869	二崙、崙背、虎尾、大埤、褒忠、土庫、元長、麥寮、東勢、台西、四湖、北港、水林、口湖
嘉義	嘉誠	劉素華	0921-972-737	(05)223-5869	嘉義縣市
臺南 1	金英	張雅菁	0980-446-641	(06)221-5306	中西區、東區、 南區、北區、安平區、安南區
臺南 2	今誠	薛博文	0931-759-089	(06)313-6245	永康區、歸仁區、新化區、左鎮區、玉井區、楠西區、南化區、仁德區、關廟區、龍崎區、官田區、麻豆區、佳里區、西港區、七股區、將軍區、學甲區、北門區、新營區、後壁區、白河區、東山區、六甲區、下營區、柳營區、鹽水區、善化區、大內區、山上區、新市區、安定區
高雄 1	七賢	魏麗娟	0960-990-679	(07)537-0367	楠梓區、左營區、鼓山區、三民區、鹽埕區、前金區、新興區、苓雅區、前鎮區、旗津區、小港區
高雄 2	順誠	楊儀安	0960-281-282	(07)586-6920	鳳山區、大寮區、鳥松區、林園區、仁武區、大樹區、大社區、岡山區、路竹區、橋頭區、梓官區、彌陀區、永安區、燕巢區、田寮區、阿蓮區、茄萣區、湖內區、旗山區、美濃區、內門區、杉林區、甲仙區、六龜區、茂林區、桃源區、那瑪夏區
屏東市	佳慶	王美玲	0925-896-165	(08)733-3877	屏東市
屏東縣	信誠	胡湘苓	0915-353-795	(08)766-6712	屏東縣
宜蘭	慶昇	林書嫣	0972-286-737	(03)965-5656	宜蘭縣市
花蓮縣	金彥	鄧睿宸	0938-998-451	(03)834-1507	花蓮縣市
臺東縣	信誠	吳淑娟	0938-152-167	(089)325-500	臺東縣市
澎湖縣	威力	楊書銘	0916-170-713	(02)2311-0206	澎湖縣
金門縣	威力	董妮軒	0919-935-162	(02)2311-0206	金門縣
馬祖	敦煌	陳慧蓉	0928-215-687	(02)8789-1518	馬祖

信用卡授權申請暨約定書
（團保專用版）

申請日期：民國　　年　　月　　日　　時　　分

立授權書人（信用卡持卡人，以下簡稱授權人）**已詳細審閱本授權申請暨約定書之『蒐集、處理及利用個人資料告知書』及約定事項**，同意授權　貴行依中國人壽保險股份有限公司（以下簡稱中國人壽）所提供被保險人應付保險費之資料，以授權人指定之信用卡繳付下列保險契約之應繳保險費。

本人（即授權人）同意中國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。

一、保險契約

中國人壽『闔家安康-全國公教員工團體保險』專案

二、授權人填寫欄（以下資料如有塗改，請授權人於塗改處簽章）

信用卡持有人姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　身分證字號：□□□□□□□□□□

出生日期：民國＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　聯絡電話：＿＿＿＿＿＿＿＿

◎授權人限上述保險契約之被保險員工(成員)本人或從屬被保險人

信用卡發卡機構＿＿＿＿＿＿ 銀行　□**VISA** □**MASTER** □**JCB**

信用卡卡號：□□□□－□□□□－□□□□－□□□□

信用卡有效期限:至□□月 / 20□□年

【信用卡僅有效期間更新而卡號不變時，本授權仍然有效，但授權人應將更新之效期以書面通知本公司修改，若未接獲通知中國人壽得自動延展有效期限並進行扣款，以維護保單效力】

信用卡授權人簽名
（須與信用卡背面之簽名樣式相同）

▲本人已詳閱並同意本約定書之約定事項

信用卡授權各項填寫資料均經本人(業務人員)確認無誤(包含卡號/有效期限、授權人姓名、授權人身分證統一編號等)，並已驗證授權人身分證明文件無誤，如有虛偽不實之情事，本人願負法律上應負之責任。

業務單位：＿＿＿＿＿業務人員簽名(請務必簽名)：＿＿＿＿＿＿登錄字號：＿＿＿＿

中國人壽受理及審查

約定事項

一、一般條款

1. 定義「信用卡付款」：
   係指授權人以其所持有而於本約定書指定之信用卡，同意由該信用卡之發卡機構（以下簡稱「發卡機構」）按期自該信用卡帳戶內扣款，代為支付本授權書所指定保單（以下簡稱「指定保單」）應繳之首期及／或續期保險費予中國人壽。
2. 一份約定書僅適用於同一被保險員工指定之保單，如欲支付不同要保人之保險費，請分別填具約定書。
3. 授權人在同一信用卡帳戶內，同時扣款繳交一筆以上之保單保險費或其他自動扣款業務時，其扣款之順序由發卡機構依該帳戶之信用額度權衡辦理，要保人及授權人不得異議。
4. 本約定書經中國人壽受理，因填寫內容不完整、錯誤或其他原因致中國人壽須退件處理者，本約定書不生效力。「指定保單」須依原收費方式進行繳付。
5. 本約定書經發卡機構審核，因填寫內容不完整、錯誤或有其他原因發卡機構無法辦理扣款者，本約定書不生效力。有下列各款情形之一者，除另有約定外，本約定書之效力自該情形發生之日起自動終止：（1）發卡機構不同意授權人依本約定書所指定方式代繳保險費。（2）要保人繳納保險費之義務消滅。（然保單因辦理復效而恢復保單效力者不在此限）。（3）授權人就其於本約定書所指定之信用卡與發卡機構間之信用卡契約關係消滅。（4）發卡機構因授權人遭拒絕往來等債信問題，拒絕給付本約定書「指定保單」之首期或續期保險費予中國人壽。（5）中國人壽與發卡機構終止本項服務業務時。（6）指定信用卡付款而首期保險費扣款失敗，或因任何原因發卡機構拒付或收回已撥付之首期保險費時。除前項情形外，授權人欲終止本授權時，應於當期保險費應繳日前以書面敘明申請終止授權之原因送達中國人壽，並經中國人壽審查完成始生效力。倘逾期申請者，自次期應繳日起發生效力。本授權約定書不因授權人信用卡簽名樣式變更或因有效期限到期而換發新卡(但未更換卡號)時而失其效力。
6. 要保人欲變更收費方式者，應於當期保險費應繳日前將保險契約內容變更申請書送達中國人壽，並經中國人壽審查完成後始生效力。倘逾期申請者，自次期應繳日起發生效力。
7. 如本約定書係變更「指定保單」之繳費方式或信用卡等授權資料時，自本約定書生效之日起原約定書失其效力。
8. 本約定書因任何原因自始不生效力或嗣後經終止時，發卡機構若已將「指定保單」之保險費給付中國人壽時，授權人仍應依發卡機構之付款通知或對帳單辦理。
9. 依本約定書所收取之「指定保單」之保險費如有因溢繳等情形須進行退費，並經中國人壽查證屬實者，要保人及授權人同意中國人壽得將誤扣之保險費返還至本約定書所約定信用卡。
10. 若授權人對中國人壽保險費之費率計算或退補保險費事項有疑義，或認為發卡機構扣款金額與應繳保險費不符者，請與中國人壽洽詢辦理。
11. 本約定書之效力不因「指定保單」之保險費變動而受影響。

二、首期保險費條款

1. 保險契約之生效時間：「指定保單」經中國人壽同意承保，並確定自發卡機構受領首期保險費後，「指定保單」依本調查表中「保險年度中保障生效日對應保費表」約定之生效日辦理。
2. 授權人如欲變更繳付首期保險費之信用卡卡號，應於中國人壽向發卡機構送出經授權人簽章之約定書前提出申請並送達中國人壽，逾期送達者，自次期應繳費日起始生效力。。
3. 「指定保單」之首期保險費遭發卡機構拒絕付款，或雖經付款，但因授權上之瑕疵或其他原因致已付款項遭發卡機構收回時，若要保人未依中國人壽通知之期限繳納首期保險費者，該「指定保單」自始不生效力。

三、續期保險費條款

1. 要保人欲申請或變更「指定保單」續期保險費繳付之方式或信用卡卡號等資料時，應於「指定保單」保險費應繳日前填妥「轉帳授權申請暨約定書」並送達中國人壽，逾期者，自次期應繳費日起始生效力；但若發卡機構作業提前完成，則新約定書之辦理可提前於本期生效。
2. 授權人同意於中國人壽遭發卡機構拒絕給「指定保單」續期保險費時。中國人壽得再執行扣款或逕予催繳。「指定保單」辦理契約變更（含復效申請，下同）時，若須補繳保險費及利息者，經要保人及授權人書面同意後，得以本授權之信用卡繳付之；契約變更後，除要保人另以書面變更收費方式外，「指定保單」之續期保險費仍依本約定書之信用卡付款方式給付中國人壽。
3. 授權人因信用卡遺失或毀損、或因任何原因而由原發卡機構給予新卡號時，應重新填寫授權書，並依「續期保險費條款」第 1 項約定事項處理。原約定書自本約定書生效之日起失其效力。
4. 授權人以信用卡代繳保險費後，該筆保險費將併入當月份之信用卡消費明細中，授權人於收到當月份之繳款通知單後，應依發卡機構信用卡契約之約定全數繳納，或繳納最低應繳金額，未繳清之餘額則依信用卡約定條款之利率加計循環利息。各筆循環信用利息以各發卡機構約定條款之起息日計算，與「指定保單」之寬限期無關。

四、其他

本約定書若有未盡事宜，中國人壽得依與各該發卡機構或轉帳機構間之約定辦理。

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

中國人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項規定，向　台端告知下列事項，請　台端詳閱：

一、蒐集之目的：(一)〇〇一 人身保險(二)〇四〇 行銷(三)〇五九 金融服務業依法令規定及金融監理需要、所為之蒐集處理及利用(四)〇六九 契約、類似契約或其他法律關係事務 (五)一八一 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)地址等聯絡方式　(四)病歷、醫療、健康檢查　(五)財務狀況　(六)聲音、影像檔案(七)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容

三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式：(一)期間：本保險契約之有效期間及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本公司、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、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委託機構、本公司所屬金融控股公司及其子公司(包括但不限於與本公司共同行銷或交互運用客戶資料者)及其委外單位、與本公司合作推廣　台端保險契約之保險代理人/保險經紀人(含兼營保險代理人/保險經紀人業務之銀行)、與本公司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，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：書面。

五、台端不提供個人資料所致權益之影響：台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法承保。

110.06

CHINA LIFE INSURANCE 中國人壽

團體保險被保險人健康聲明書

民國 90 年 04 月 26 日台財保字第 0900703456 號函備查
核准日期及文號:民國 98 年 6 月 16 日金管保理字第 09802552211 號
備查日期及文號:民國 112 年 1 月 1 日中壽團行字第 1123000027 號

◎ 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。
◎ 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。
◎ 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。
◎ 查閱本公司『資訊公開』說明文件請連結網址 http://www.chinalife.com.tw 或洽詢客戶服務專線：0800-098889。

■要保人與被保險人應誠實告知，如因未誠實告知而影響保險公司對危險之評估，則保險公司得依保險法第六十四條解除契約，保險事故發生後亦同。相關規定，請詳閱「投保人須知」第二項，為了您的權益，請詳閱本健康聲明書內容並親自填寫。
■依保險法第一百二十七條規定：保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。

要保人： 保單號碼：	員工(成員)姓名	眷屬(關係/姓名)		
被保險人告知事項				
被保險人之職業或兼業。				
被保險人目前之身高及體重。	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤
1.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）	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
2.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？	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
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（指收縮壓大於 140mm-Hg 或舒張壓大於 90mm-Hg 以上）、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。 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、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 檢驗值異於檢驗標準的正常值）。 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、類風溼性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺機能亢進或低下。 10.紅斑性狼瘡、膠原症。 11.愛滋病或愛滋病帶原。	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
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、十二指腸潰瘍或出血、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、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 5.痛風、高血脂症。 6.青光眼、白內障。	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
5.目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
6.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
（投保傷害保險者，另須填寫） 7-1.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？ 1.高血壓症（指收縮壓大於 140mm-Hg 或舒張壓大於 90mm-Hg 以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 2.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。 3.癌症（惡性腫瘤）、肝硬化、尿毒、血友病。 4.糖尿病。 5.酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 6.視網膜出血或剝離、視神經病變。	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
7-2.目前身體機能是否有下列障害？（請勾選）				
1.失明。	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
2.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，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表〇·三以下。	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
3.聾。	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
4.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五十分貝(dB)以上。	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
5.啞。	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
6.咀嚼、吞嚥或言語機能障害。	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
7.四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否

（續次頁）

被　保　險　人　告　知　事　項

（投保重大疾病壽險、健康保險或癌症保險者，另須填寫） **8.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.胸廓畸形及脊柱彎曲移位。 2.弱視、中耳炎、前庭神經炎、重聽。 3.頭部外傷、骨折、脫臼、椎間盤症（分離、疝氣或脫出）、關節炎。 4.甲狀腺腫、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、不整脈、蠶豆症、慢性胃炎。 5.膽石症、膽囊炎、痔瘡、陰囊水腫、梅毒、淋病、疝氣、腎上腺機能亢進或低下。 6.骨盆腹膜炎、前列腺肥大、腎結石、膀胱結石、尿道炎、尿管結石。 7.周邊神經炎、顱神經炎、脊髓神經壓迫症、睡眠呼吸中止症、川崎症、良性腫瘤、精神疾病。	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
（投保癌症保險者，另須填寫） **9.過去一年內，是否曾接受下列檢查或曾患下列疾病或異常症狀?** 1.是否曾患B型或C型肝炎接受檢查或治療? 2.目前是否有腹、肝腫大、黃疸現象? 3.有否子宮頸抹片檢查異常記錄或婦科異常出血現象? 4.胸部（乳房）是否有腫塊或異常硬塊存在? 5.口腔內或皮膚上有否慢性潰爛不癒（超過兩週以上）?口腔內是否有異常腫塊或白斑存在）? 6.是否吞嚥困難、大便出血現象? 7.頸部有否異常腫塊或不尋常腫大現象?	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
10.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。 **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？	□是□否	□是□否	□是□否	□是□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
					□門診 □住院，約____天 □手術 □其他_____	
					□門診 □住院，約____天 □手術 □其他_____	
					□門診 □住院，約____天 □手術 □其他_____	
					□門診 □住院，約____天 □手術 □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）？..... □否　□是（姓名：　　）；如是，請提供相關證明文件。

聲明事項：

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）同意中國人壽保險(股)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）同意中國人壽保險(股)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.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。(實支實付型傷害醫療保險適用)

5.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。(實支實付型醫療保險適用)

被保險員工(成員)同意及簽名： 申請日期：民國　　年　　月　　日	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　　）： _____

◎未滿七足歲者或受監護宣告者，由法定代理人或監護人代為簽名；七足歲(含)以上/受輔助宣告者，請由本人親自簽名。不識字者得以捺拇指手印代替簽名，但須有二位以上已成年的見證人在旁簽名，惟見證人不得為業務員，同時須註明見證人身分證字號及其與不識字者之關係。◎被保險人未成年、受監護宣告或受輔助宣告者，需法定代理人/監護人/輔助人簽名及填寫關係。

法定代理人/
監護人/輔助人簽名：_____
與被保險人關係：_____

要保單位簽章： _____ 受理日期：____年___月___日	業務單位：_____ 業務員親簽：_____ 登錄字號：_____	保險公司審核欄：	受理