台電工會會員及其眷屬新光人壽自費團體保險投保資料表

【**員工資料**】為避免影響保戶權益，以下資料請務必正楷填寫清楚，以利通知。

員工姓名		分會		姓名代號	
公司電話		住家電話		行動電話	
聯絡地址					

【計劃別內容及月繳保費】

計劃別(註)	計劃一	計劃二	計劃三	計劃四	計劃五	計劃六	計劃七	計劃八	計劃九
月繳保費	每人699元	每人987元	每人350元	每人699元	每人987元	每人699元	每人987元	每人699元	每人987元

註：計劃別說明

計劃一：員工、配偶、15足歲以上至23足歲子女，計劃一23足歲子女，自動轉計畫四。
計劃二：員工、配偶、15足歲以上至23足歲子女，計劃二23足歲子女，自動轉計畫五。
計劃三：15足歲以下子女。
計劃四：23歲以上至25歲屆滿前之子女。
計劃五：23歲以上至25歲屆滿前之子女。
計劃六：計劃一住院醫療實支實付超出本公司投保兩張保單，自動轉計劃六。
計劃七：計劃二住院醫療實支實付超出本公司投保兩張保單，自動轉計劃七。
計劃八：計劃一住院醫療及傷害醫療實支實付皆超出本公司投保兩張保單，自動轉計劃八。
計劃九：計劃二住院醫療及傷害醫療實支實付皆超出本公司投保兩張保單，自動轉計劃九。

【注意事項】

一、員工必須投保，其眷屬方可投保 ；**員工經核保因故未能承保，眷屬仍可參加此自費案投保。**
二、新加保或變更投保較高保額者，請一併提供「健康聲明書」。
三、新加保或變更投保較高保額，年齡61歲(含)以上者，請加附六個月內普通體檢。
四、本表及健康聲明書需於每月20日前送達新光人壽（以郵戳為憑），並經核保通過後，於次月1日零時生效。
五、員工離職時，請填寫本表，並勾選退保，於每月20日前送達新光人壽(以郵戳為憑)，於次月1日零時生效。

【被保險人投保資料】

1. 員工本人同意參加「台電工會自費團體保險福利計劃」，並授權總會自本人薪資中按月扣抵保險費。
2. 附加配偶、子女資料(配偶或子女未參加者，請勿填寫)，“工作內容(職業類別)”欄位，請確實填寫(必填欄位)。
3. 子女15足歲以下者，只能投保計劃三。
4. 子女未滿7足歲者，由法定代理人於被保險人欄位簽名；子女滿7足歲者，需自己親簽。
5. 18足歲以下，未成年子女者，法定代理人需簽名。
6. 身故保險金受益人為法定繼承人，如欲指定身故受益人，可檢附「團體保險身故保險金受益人指定暨變更申請書」。
7. 如欲「加保、退保、變更」，請填寫下頁【自費團體保險投保資料表】。

註：
1.醫療險及癌症險投保生效後皆有等待期30天
2.保險公司辦理理賠作業，將依被保險人實際接受之治療情形，參據醫學專業意見及評估是否為一般醫療常規行為，審核其醫療必要性。

【自費團體保險投保資料表】

申請	身份	被保險人親簽 (請正楷填寫)	出生日期 (民國)	身分證字號	工作內容 (職業類別)	投保計劃別	18 足歲以下 法定代理人 簽名
□加保□退保 □變更□維持	員工					□計劃一 □計劃二 □計劃六 □計劃七 □計劃八 □計劃九	
□加保□退保 □變更□維持	配偶					□計劃一 □計劃二 □計劃六 □計劃七 □計劃八 □計劃九	
□加保□退保 □變更□維持	子女					□計劃一 □計劃二 □計劃三 □計劃四 □計劃五 □計劃六 □計劃七 □計劃八 □計劃九	
□加保□退保 □變更□維持	子女					□計劃一 □計劃二 □計劃三 □計劃四 □計劃五 □計劃六 □計劃七 □計劃八 □計劃九	
□加保□退保 □變更□維持	子女					□計劃一 □計劃二 □計劃三 □計劃四 □計劃五 □計劃六 □計劃七 □計劃八 □計劃九	
□加保□退保 □變更□維持	子女					□計劃一 □計劃二 □計劃三 □計劃四 □計劃五 □計劃六 □計劃七 □計劃八 □計劃九	

※再次提醒，計劃別說明

計劃一：員工、配偶、15足歲以上至23足歲子女，計劃一23足歲子女，自動轉計畫四。
計劃二：員工、配偶、15足歲以上至23足歲子女，計劃二23足歲子女，自動轉計畫五。
計劃三：15足歲以下子女。
計劃四：23歲以上至25歲屆滿前之子女。
計劃五：23歲以上至25歲屆滿前之子女。
計劃六：計劃一住院醫療實支實付超出本公司投保兩張保單，自動轉計劃六。
計劃七：計劃二住院醫療實支實付超出本公司投保兩張保單，自動轉計劃七。
計劃八：計劃一住院醫療及傷害醫療實支實付皆超出本公司投保兩張保單，自動轉計劃八。
計劃九：計劃二住院醫療及傷害醫療實支實付皆超出本公司投保兩張保單，自動轉計劃九。

業務員 / 保險經紀人：_____

業務員登錄字號：_____

部室/駐區/通訊處：_____ / _____ / _____

申請日期：_____年_____月_____日

要保單位認證欄(請加蓋工會或各分會章)

新光人壽投保申請表暨健康聲明書 機密等級:機密
(團體險專用)

114年09月修訂

要保單位：														保單號碼：			
被保險人(關係)	姓名	性別	出生年月日	身分證字號										職業類別/工作內容	計劃別	身高(公分)	體重(公斤)
(1)本人		□男 □女															
(2)配偶		□男 □女															
(3)子女		□男 □女															
(4)		□男 □女															
(5)		□男 □女															
(6)		□男 □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)?

□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)?

□是(姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿)；如勾選是者，請提供相關証明文件。□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。	(1)本人	眷屬/關係 (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(指竇性心跳過速、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。	(1) 本人	眷屬/關係 (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?	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
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)	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
七、已確知懷孕? (懷孕　　週) **(女性被保險人回答)**	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
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。 (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
				□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_____	

(1)本人(被保險人)同意新光人壽保險股份有限公司得蒐集、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)同意新光人壽保險股份有限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)同意新光人壽保險股份有限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

被保險人簽名　　要保單位蓋章：

(1) 本人：　簽名　　監　護　人：　簽名
(2) 配偶：　簽名　　法定代理人：　簽名
(3) 子女：　簽名　　法定代理人：　簽名
(4) _____：　簽名　　法定代理人：　簽名
(5) _____：　簽名　　法定代理人：　簽名
(6) _____：　簽名　　法定代理人：　簽名

日　期：　　年　　月　　日

新 光 人 壽 專 用

審查意見	(1)本人： (2)配偶： (3)子女： (4) (5) (6)	核保人簽章	

收件人：