

團 體 保 險 自 願 約 定 切 結 書

茲本人自願遵守切結約定書規定加入 貴會為團保會員，

一、本會為增強會員福利，居間承辦國泰人壽之團體保險。國泰人壽(保險人)為承保單位，並依保險法規定，承擔善良管理人之法律責任。會員及眷屬(被保險人)應詳細閱讀保險內容後再簽名加保，如有不實聲明以致理賠被拒，一切賠償責任由被保險人承擔。二、工會為會員及眷屬(被保險人)與國泰人壽(保險人)間糾紛事件之調解，如有訴訟，由會員及眷屬(被保險人)與國泰人壽(保險人)兩造雙方進行，雙方並無條件放棄一切對工會之民事訴訟。

以上如有瑕疵及違背，願受工會制裁退團保，應負一切賠償責任並無條件放棄一切先訴抗辯權處份，絕無異議。

此 致

立 書 人：



住 址：

電 話：

中 華 民 國 年 月 日

汽 車 裝 潢
 新 北 市 貨 物 包 裝 運 送 業 職 業 工 會 福 利 團 體 保 險
 家 事 服 務
加保申請書

會員號碼： _____
 會員姓名： _____ 連絡電話： _____
 戶籍地址： _____ 縣(市) _____ 市(鎮鄉區) _____ 路(街)
 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____
 通訊地址： _____

姓 名	身 份 證 字 號	出 生 日 期	受 益 人
本 人		年 月 日	
配 偶		年 月 日	
子 女 1		年 月 日	
子 女 2		年 月 日	
子 女 3		年 月 日	

- 一. 辦妥加保手續預繳團體保險費後，一般疾病險必須於加保等待審核 30 日後、重大疾病醫療險必須於加保等待審核 60 日後、癌症醫療必須加保等待審核 90 日後，住院醫療始得生效，還需經醫師診斷為初次罹患。傷害事故或意外住院，於加保並審核通過後，即刻生效。生效前審核期間所生事故自行負責，或生效後工會發現瑕疵不實帶病投保等，願受工會退團保。
- 二. 本人季繳團保費，同意工會年分四期或二期，於首月一日前自動劃撥計達，逾期欠繳經催繳，遭國泰人壽解約退保處份，喪失投保權益絕無異議。本保險與國泰每年七月訂約乙次，保險契以訂約內容為主。會員契約到期如繼續繳費視同續保，嗣後亦同，免辦續約手續。
- 三. 作業規定—
同意工會平信通知，以全數郵據為憑，不得藉口沒收到並地址電話異動自行向工會辦理，否則發生差錯，自行負責，辦事憑「會員證、印章、或劃撥單」作業。
- 四. 除外說明：被保險人無論直接或間接因下列原因引起的疾病、傷害或治療費用，國泰人壽不負給付補償金的責任(不予理賠)。1. 故意自殺(包括自殺未遂)。2. 犯罪行為。3. 因原子或核子能裝置所引起的灼熱、輻射或污染。4. 戰爭〔不論宣戰與否〕內亂及其他類似的武裝變亂。5. 被保險人在契約訂立或復效之日起二年內罹患後天免疫不全症候群疾病(AIDS)。6. 糖尿病、高血壓、精神病、精神分裂(憂鬱症、燥鬱症)、酒精中毒、吸食毒品。7. 法定傳染病。8. 美容手術、外科整形或天生畸形。9. 懷孕、流產或分娩。但由意外傷害所致者不在此限。10. 一般牙齒治療，鑲補或裝設義齒，但由意外傷害所致之牙齒治療費用不在此限。11. 一般健康檢查，療養或特別護理。12. 以捐贈身體器官為目的的醫療行為。13. 眷屬(非會員)工作上職業分類限第一、第二類投保，變更時亦應告知，否則保險無效。會員及眷屬加保者工作內容項目為高危險群者(鷹架、鐵窗、清潔外牆等)不予理賠。
重大疾病說明：心肌梗塞、冠狀動脈繞道手術、腦中風、慢性腎衰竭、癱瘓、重大器官移植手術，若已罹患過〈謝絕承保〉不予理賠。
意外說明：凡外來不可抗力導致的傷害皆是。
- 五. 正值役男或屆役男之眷屬暫不承保，未主動告知辦理退保若發生事故則不予理賠。現在在休養中或住院中者，不得加保。為保障工會全體會員福利，若有既往症之會員、眷屬，暫不承保，需經保險公司同意承保方始生效。本會之團保與勞保、健保不抵觸。

申請人簽章：

中 華 民 國 年 月 日

保單號碼

G300036264

條碼區

國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書

中華民國 95 年 12 月 1 日國壽字第 95120001 號備查

中華民國 104 年 7 月 1 日國壽字第 104070014 號備查

※本投保申請書暨健康告知聲明書係附於並構成「國泰人壽團體保險要保書」之一部分。

壹、被保險人基本資料

要保單位：新北市家事服務業職業工會

員工編號：_____

被保險人	姓名	出生年月日 身分證字號	職業 工作內容	投保 等級	身故保險金或喪葬費用保險金受益人		
					姓名	身分證號碼	與被保人關係 聯絡地址
本人				等級_____			
配偶				等級_____			
子女 1				等級_____			
子女 2				等級_____			
父親				等級_____			
母親				等級_____			

※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

貳、告知事項 ※注意：要保書附記之()數字係指「要保書填寫說明例示」之案例。

被保險人目前之身高、體重	本人	配偶	子女 1	子女 2	父親	母親
	公分	公分	公分	公分	公分	公分
	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
※下面各欄內請由被保險人親自以「✓」表示告知(16) 投保壽險者，請回答下列 1-7 項之問題；投保健康險者，請回答下列 1-8 項之問題；有投保傷害險者，請回答下列第 9 項之問題：	是	否	是	否	是	否
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？(17)(19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)。(17)(18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？(17)(20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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？(17) (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、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(GPT、GOT 值檢驗有異常情形者)。 (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。(11)愛滋病或愛滋病帶原。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



711071



10402 版

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"/>
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"/>
8. (一)現在是否仍患有上述1-7項所列疾病？ (二)現在是否仍患有下列疾病： (1)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、史蒂芬-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。 (2)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。 (3)結核病、腦膜炎、梅毒、腦炎、水腦症。 (4)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。 (5)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。 (6)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)。 (7)肝腫大、消化性潰瘍或出血、慢性胃炎、肝膽結石、腸阻塞。 (8)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、骨盆腔膜炎、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"/>
9. (一)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 (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 (二)目前身體機能是否有下列障害： (1)失明。 (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0.3以下。 (3)聾。 (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50分貝(dB)以上。 (5)啞。 (6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 (7)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"/>
※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與否之依據。
- 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。

※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：_____ / _____ / _____ / _____ / _____

法定代理人簽名：1. _____ 關係 _____ 2. _____ 關係 _____ 中華民國____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)
業務員4 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)	業務員5 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)	業務員6 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)
業務員7 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)	業務員8 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)	業務員9 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)



711072



10402 版

個人資料保護法應告知事項

親愛的客戶您好，感謝您選擇本公司提供之保險及服務，謹致謝忱！

國泰人壽保險股份有限公司（以下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）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）人身保險（00一）
- （二）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（一八一）

二、蒐集之個人資料類別：

包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址及其他一切基於保險契約所提供之個人資料。

三、個人資料利用之期間、地區、對象、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：本公司、中華民國人壽保險商業同業公會、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司及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。惟因執行職務或業務所必須之個人資料，本公司依個資法第11條規定，得拒絕 台端之請求。
- （二）行使權利之方式：書面、電子郵件、傳真、電子文件。

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。



000277



10201 版