

# 朝陽科技大學

## 教職員工及眷屬自費參加同意書

教職員工資料表：

姓名	胡大同	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input checked="" type="checkbox"/> 未婚	手機	0912345678
人事代碼	1234567	服務單位	人事室	分機	1234
聯絡住址	台中市 × × × × × × × ×				
電子信箱	× × × @ cyut.edu.tw.				
備註	※殘廢及醫療保險金之受益人為被保險人本人				

參加人員資料(未參加者，請勿填寫)

關係	姓名	生日	身份證號碼	參加計劃別	保費小計
員工本人	胡大同	66/6/6	A123456789	—	84
員工配偶		/ /			
員工子女		/ /			
員工子女		/ /			
員工子女		/ /			
員工父親		/ /			
員工母親		/ /			
總合計保費					
茲聲明：本人同意參加以上勾選之『團體保險福利計劃』及指定之受益人，並授權學校自薪資中扣除保費代為繳付。					
中華民國    年    月    日			教職員工簽章 <u>胡大同</u>		

### 注意事項

1. 配偶、父母及 15 歲(含)以上子女可投保計劃二、三及四。
2. 填寫健康聲明書(\*不可用繕打)後請被保險人及法定代理人務必簽名，若有修改須簽名。
3. 身故受益人為被保險人之法定繼承人，故「身故保險金受益人」欄位請勿填寫。

### 個人資料蒐集、處理及利用告知聲明

依個人資料保護法規範，請您提供個人資料前務必閱讀本聲明。

- 一、機構名稱：朝陽科技大學
- 二、個人資料蒐集之目的：僅作為團體保險作業、薪津作業及人事管理之用。
- 三、個人資料之類別：識別類(C001、C003)、特徵類(C011)、家庭情形(C021、C023)、社會情形(C038)、受僱情形(C061、C068、C087)。
- 四、個人資料處理及利用：
  - (一)個人資料利用之期間及地區：台灣地區(包括澎湖、金門及馬祖等地區)，除法令另有規定外，本校將自即日起至本校存續期間利用上述資料。
  - (二)個人資料利用之對象及方式：提供予承保本校教職員工團體保險之保險公司。
- 五、您得依個人資料法保護法第 3 條規定就您的個人資料行使請求查詢、閱覽、複製、補充、更正及請求停止蒐集、處理、利用及請求刪除等權利，但法令另有規定者，本校得拒絕之。行使方式請洽本校人事室，分機 3027 若因您行使上述權利，而導致權益受損時，本校將不負相關賠償責任。
- 六、本校於蒐集您的個人資料時，如有欄位未填寫，則可能對您團體保險投保相關權益有所影響。

人事室 受理章		團保部 專用欄	保險生效日		核保
------------	--	------------	-------	--	----



三商美邦人壽保險股份有限公司  
Mercuries Life Insurance Co., Ltd.

團體保險加退保申請書

受理單位：

受理日期：

保單號碼：

受理號碼：

要保單位：

聯絡人：

電話：

傳真：

加保人員名單

姓名	出生年月日	保險計劃	詳細工作內容	職業等級	職位	雇用日期	身故受益人姓名(註一)		備註欄(註二)	
	身分證字號		職業代碼				身分證字號	關係	勞保投保薪資	職災投保薪資
胡大同	66.6.6 A123456789	-	教職員							

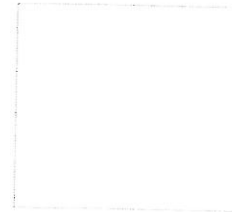
註一：此欄位僅供於要保書上身故保險金受益人欄勾選「詳閱團體保險被保險人名冊」者指定用，若身故保險金受益人欄位已勾選其他受益人選項，在此指定無效。身故保險金受益人的指定及變更，以該被保險人的家屬或其法定繼承人為限。  
註二：投保團體職業災害保險者，須填寫備註欄。

退保人員名單

姓名	身分證字號	出生年月日	離職日期	備考

1. 上列加保人員均符合所約定的投保資格，須經 貴公司核保同意認可後其保險始生效力，且 貴公司有權利依核保結論直接在本名冊上修改或刪除。  
2. 上列退保人員已喪失投保資格，請 貴公司依據契約條款終止其保險效力。

核 保 專 用 欄	本次加保自	年	月	日	午夜十二時起生效
	本次退保自	年	月	日	午夜十二時起生效
	核	定	經	辦	



要保單位章



負責人簽章

業務員/登錄字號：

業務員電話：

通訊處：

通知日期：

傳真專線 信義中心：(02)2722-4680 南區：(07)550-8899  
中區：(04)2382-6757 台南：(06)224-7772



GI1112

三商美邦人壽保險股份有限公司

範本

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事項」所列內容外，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，將於人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、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 台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料，本公司將可能無法提供台端相關人身保險業務之申請及辦理。

立同意書人（即被保險人），已瞭解上述說明，並同意三商美邦人壽保險股份有限公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與三商美邦人壽保險股份有限公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務之權利。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

三商美邦人壽保險股份有限公司

被保險人簽名：

胡大同

要保人簽名：

(即豁免保險費附約之被保險人)

法定代理人簽名：

(未滿 20 歲之家屬孩童) 才需簽名

被保險人配偶簽名：

被保險人子女簽名：

/

中華民國

106

年

月

日

三商美邦人壽填寫

保單號碼：







團體保險健康聲明書

(由被保險人親自填寫)

受理單位：

受理日期：

要保單位： 朝陽科技大學

保單號碼： G016111416101018

一、基本資料：

被保險人姓名： 胡大同

工作內容： 教職員

身分證字號： A123456789

主被保險人姓名： \_\_\_\_\_

出生日期： 66.6.6

與主被保險人關係：本人 配偶 子女 父母

身故保險金受益人：不同意填寫受益人聯絡地址及電話

※身故保險金受益人以被保險人家屬或法定繼承人為限，如係身分別之指定或要保單位不同意填寫受益人之聯絡地址及電話，則以要保單位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。

※此欄位僅供於本要保書上身故保險金受益人欄填寫「詳團體保險健康聲明書」者指定用，若身故保險金受益人欄位已指定其他受益人，在此指定無效。

受益人姓名／身分證字號	與被保險人關係	聯絡電話	聯絡地址
/		□ □ □	
/		□ □ □	

二、告知事項：【以下問題之答覆視為要保書上構成可保性告知證明之一部分】

※被保險人對於告知事項之詢問應親自據實填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少本公司對危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條規定解除該被保險人部分契約。

(一) 被保險人是否已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(請勾選)?

實支實付型傷害醫療保險：是，否      實支實付型醫療保險：是，否

(二) 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，否，如勾選是者，請提供。

(三) 投保定期壽險或傷害保險之被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? 是，否，如勾選是者，請提供相關證明文件。

(四) 投保傷害保險者請回答：

告知事項	是否	告知內容
1. 被保險人之職業及兼業? <u>教職員</u>		左列事項回答為“是”者，請於下列說明：
2. 被保險人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140mmHg或舒張壓90mmHg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。	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	● 告知事項第 _____ 項 <input type="checkbox"/> 疾病：病名 _____ <input type="checkbox"/> 意外：受傷部位 _____ 檢查原因：
3. 被保險人目前身體機能是否有下列障害(請勾選): (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○·三以下。 (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五十分貝(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"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	大約治療時間： 治療方式： 就診醫院： 治療結果： 有無復發？

(五) 投保定期壽險或健康保險者請回答：

告知事項	是否	告知內容
1. 被保險人之職業及兼業? <u>教職員</u>		
2. 被保險人目前之身高 <u>171</u> 公分，體重 <u>62</u> 公斤。		
3. 被保險人過去兩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)	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	
4. 被保險人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?	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	

【請續填後頁】



GI1161

法身  
定故  
繼受  
承人  
皆為  
請勿  
填寫



告 知 事 項	是 否	告 知 內 容
5. 被保險人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或舒張壓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(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。 (11) 愛滋病或愛滋病帶原。	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	左列事項回答為“是”者，請於下列說明：  ● 告知事項第 _____ 項  <input type="checkbox"/> 疾病：病名 _____  <input type="checkbox"/> 意外：受傷部位 _____  檢查原因：  大約治療時間： 治療方式：  就診醫院： 治療結果：  有無復發？
6. 被保險人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。 (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)。	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	● 告知事項第 _____ 項  <input type="checkbox"/> 疾病：病名 _____  <input type="checkbox"/> 意外：受傷部位 _____  檢查原因：  大約治療時間： 治療方式：  就診醫院： 治療結果：  有無復發？
7. 被保險人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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 意外：受傷部位 _____  檢查原因：
8. 被保險人過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	大約治療時間： 治療方式：
9. 被保險人是否已確知懷孕？如是，已經 _____ 週(女性被保險人回答)。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	就診醫院： 治療結果：  有無復發？
10. 投保健康險者請回答：被保險人除壽險部分所列之疾病外，現在及過去一年內是否患有下列疾病？ (1) 川崎氏症、腦炎、腦膜炎、水腦症、腦性麻痺。 (2) 角膜炎、葡萄膜炎、飛蚊症、梅尼爾氏症、內耳前庭神經炎、中耳炎、乳突炎、鼻竇炎、鼻中膈彎曲、鼻息肉。 (3) 肺炎、支氣管炎、肋膜炎、氣胸。 (4) 胃炎、膽結石、膽囊炎、痔瘡、便血、急驟大腸症候群。 (5) 腎結石、尿道結石、泌尿道感染、血尿、腎盆腔發炎、攝護腺肥大/發炎、疝氣、陰道異常出血。 (6) 骨折、關節炎、椎間板突出症、坐骨神經痛、人工裝置物、子宮脫出、運動神經元疾病、硬皮症。 (7) 甲狀腺腫、蠶豆症、靜脈曲張、良性腫瘤、息肉。	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	大約治療時間： 治療方式：  就診醫院： 治療結果：  有無復發？

※為確保您的權益，請檢查各項告知是否完整，謝謝合作。

### 三、聲明事項：

要保書之聲明事項係要保人或被保險人之授權及同意事項，其內容如下：

- (1) 本人(被保險人)同意三商美邦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)同意三商美邦人壽保險股份有限公司將本要保書上所載個人資料轉送產、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)同意三商美邦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。
- (4) 實支實付型傷害醫療保險適用：本人(被保險人、要保人)已知悉並明確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，申請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三商美邦人壽保險股份有限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三商美邦人壽保險股份有限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，而三商美邦人壽保險股份有限公司仍承保者，三商美邦人壽保險股份有限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三商美邦人壽保險股份有限公司者，同意三商美邦人壽保險股份有限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。
- (5) 實支實付型醫療保險適用：本人(被保險人、要保人)已知悉並明確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，申請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三商美邦人壽保險股份有限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三商美邦人壽保險股份有限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，而三商美邦人壽保險股份有限公司仍承保者，三商美邦人壽保險股份有限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三商美邦人壽保險股份有限公司者，同意三商美邦人壽保險股份有限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，但三商美邦人壽保險股份有限公司應以「日額」方式給付。

被保險人簽名： 胡大同

(未滿7足歲無需簽名)

主被保險人簽名： 胡大同

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

法定代理人簽名： 20歲以下需法定代理人親簽

業務員姓名/登錄字號： \_\_\_\_\_

通訊處： \_\_\_\_\_

※被保險人/法定代理人應親自簽名。