（附件）

宏泰人壽保險股份有限公司

團體保險被保險人基本資料/告知事項

宏泰人壽

※為確保資料的正確性，保險對象姓名請以正楷填寫，以下各欄資料如有塗改處請簽章確認

基 本 資 料

要保單位：中華民國全國公務人員協會　部門/單位：新北市政府/人事處　職稱：專員　到職日：90.01.01　聯絡電話/分機：02-2960-XXXX

被保險人	姓名	出生日期	身分證統一編號	性別	工作內容	投保計畫別	年繳保險費
員 工	王 X 明	60.01.01	A1234567XX	☑男□女	行政文書處理	2	元
	※下列1~3項為必要勾選項目：1.約聘僱員工：□是☑否　2.退休員工：□是☑否　3.正式員工：☑是□否						
配 偶	陳 X 玲	62.01.01	A2234567XX	□男☑女	保險內勤行政人員	2	元
父 親	王 X 伯	38.01.01	A1000000XX	☑男□女	退休	2	元
母 親	林 X 玉	40.01.01	A2000000XX	□男☑女	家管	2	元
配偶父親	陳 X 伯	37.01.01	A1000001XX	☑男□女	退休	2	元
配偶母親	張 X 玉	41.01.01	A2000001XX	□男☑女	家管	2	元
總保費	總保費合計為：＿＿＿＿＿＿ 元						

被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險：☑是，□否。若答是，請詳細註明被保險人姓名 王X明、陳X玲＿＿＿＿

被保險人是否已投保其他商業實支實付型醫療保險：□是，☑否。若答是，請詳細註明被保險人姓名 ＿＿＿＿＿＿

被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？□是，☑否。如勾選為是者，請提供手冊或證明之影本。

被 保 險 人 健 康 告 知 事 項

訂立契約時，要保人及被保險人對於本要保書中「告知事項」之書面詢問，應據實說明並親自填寫。如有故意隱匿，或因過失遺漏或為不實之說明，足以變更或減少本公司對於危險之估計者，本公司依保險法第64條之規定得解除本保險契約；其危險發生後亦同。

	員工	配偶	父 親	母 親	配偶父親	配偶母親
一. 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☑	是□否☑	是□否☑
二. 最近二個月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☑	是□否☑	是□否☑
三. 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。 (12)阿茲海默氏病、退化性關節炎、骨質疏鬆症、失智症、退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者、椎間盤疾病，伴有脊髓病變者、脊椎狹窄、外傷脊椎病變、脊椎腫瘤。(被保險人有投保長期照顧保險者請回答)	是□否☑	是□☑否	是☑否□	是□否☑	是□否☑	是□否☑
四. 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(女性被保險人請回答)。 (8) 運動神經元疾病。(被保險人有投保長期照顧保險者請回答)	是□否☑	是□否☑	是☑否□	是□否☑	是□否☑	是□否☑
五. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週：＿＿＿＿ 週（女性被保險人請回答）	是□否☑	是□否☑	是□否☑	是□否☑	是□否☑	是□否☑
六. 目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	是□否☑	是□否☑	是□否☑	是□否☑	是□否☑	是□否☑
七. 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☑	是□否☑	是□否☑
依保險法第127條之規定，健康保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險公司對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。						
八. 被保險人有投保健康險時，請回答現在是否仍患有下列疾病： 弱視、中耳炎、內耳疾病、重聽、頭部外傷、骨折、氣胸、肺炎、胸部畸形及脊柱彎曲、椎間盤症脫出或分離、僵直性脊椎炎、骨骼及關節疾病、風濕性關節炎、甲狀腺腫、肝腫大、良性腫瘤或未經證實為良性或惡性之腫瘤、神經痛、鼻竇炎、心雜音、心臟擴大、心臟瓣膜疾病（脫垂、狹窄、閉鎖不全）、腦動靜脈畸形瘤、不整脈、缺鐵性貧血、惡性貧血、蠶豆症、慢性胃炎、膽石症、膽囊炎、痔瘡、腎結石、膀胱結石、尿道炎及輸尿管結石、陰囊水腫、疝氣、脊柱機能障礙、中樞神經機能障礙、酒精或藥物濫用成癮、脂肪肝、川崎氏症、腦膜炎、鼻中隔彎曲、骨盆腔炎、攝護腺肥大、子宮頸炎、子宮頸糜爛、子宮肌瘤、卵巢囊腫？	是□否☑	是□否☑	是□否☑	是□否☑	是□否☑	是□否☑
九. 被保險人有投保傷害險時，請回答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[illegible] (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。	是□否☑	是□否☑	是□否☑	是□否☑	是□否☑	是□否☑

告知病史請提供相關疾病問卷

身高：員工 180 公分　配偶 170 公分　父親 175 公分　[illegible] 170 公分　配偶母親 163 公分

體重：員工 75 公斤　配偶 60 公斤　父親 80 公斤　[illegible] 公斤　配偶父親 80 公斤　配偶母親 63 公斤

告知事項回答為「是」者時，請註明序號，告知人姓名、病名、症狀、疾病部位、[illegible]大約日期、方式、結果、就診醫院：

二、王 X 伯、高血壓、血壓值 145/95、106.02.15 就診、服藥控制中、國泰醫院

四、王 X 伯、高血脂症 106.01.05 就診、服藥控制中、國泰醫院

聲明事項

1. 本人（被保險人）同意宏泰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）同意宏泰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或理賠之參考，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）同意宏泰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。

每位被保險人__王 X 明、陳 X 玲、王 X 伯、林 X 玉、陳 X 伯、張 X 玉__親簽

填 寫 日 期　106 年 03 月 20 日

保 險 公 司 回 覆 欄		
退件原因：□ 拒保 □ 問卷 □ 填寫不完整 □ 其它 ＿＿＿＿＿＿	複核	初核
說明欄：		

（團險長照_10512版）

宏泰人壽履行個人資料保護法告知義務內容

宏泰人壽保險股份公司(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(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向　台端告知下列事項，請　台端詳閱：

一、蒐集之目的：本公司為執行下列事項，將在合法範圍內蒐集、處理及利用您的個人資料。 1.人身保險(００一)2.金融服務業依法令(包含美國海外稅收遵循法)規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用（０五九）3.非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(０六三)4.契約、類似契約或其他法律關係業務(０六九)5.消費者、客戶管理與服務(０九０）6.財稅行政（０ 九五）7.其他自為人基於正當性目的所進行個人資料之蒐集處理及利用地(一七六）8.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：本公司蒐集您的個人資料內容詳如各相關業務申請書或契約書內容所載欄位，例如：姓名、生日、身分證統一編號、地址及其他聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等。

三、個人資料之來源（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）
(一)要保人 (二)當事人之法定代理人、輔助人 (三)各醫療院所(四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、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(分)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、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司有合作推廣或共同行銷之公司、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。

五、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、電子郵件、傳真、電子文件。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：
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、遲延或無法提供　台端相關服務或給付。

宏泰人壽病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個資法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法規定,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，除上述說明書所列告知事項外，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時，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 貴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 貴公司有業務往來之再保公司辦理再保險核保或理賠業務。立同意書人併此聲明，此同意係出於本人意願下所為之意思表示。

此致　宏泰人壽保險股份有限公司

立同意書人(即被保險人)親簽：王Ｘ明、陳Ｘ玲、王Ｘ伯、林Ｘ玉、陳Ｘ伯、張Ｘ玉　日期：106 年 03 月 20 日

法定代理人親簽：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　法定代理人與立同意書人關係:＿＿＿＿＿

宏泰人壽保險股份有限公司

中華民國全國公務人員協會自費團體保險投保資料表

投保資料：☑全戶新加保　□眷屬新加保

精聯代號：_____

●投保須知：本契約保險期間為一年，每年保險期間屆滿前，保險公司將視保單狀況重新評估調整，經要保單位與保險公司雙方同意續保後即生效。

1. 參加資格：投保對象限為中央及地方各政府機關、公私立學校及公營事業機構之正式成員(員工)及其配偶(指經戶籍登記之合法配偶)、父母(含配偶之父母)。
員工及配偶投保年齡最高保至 65 歲，續保至 80 歲。父母投保年齡最高至 80 歲。正式成員(員工)投保後調離非屬公務人員協會所屬機關，或於投保後脫離協會而不具正式成員(員工)資格者，則不再屬於本專案之投保對象，已投保宏泰人壽各團體保險專案且仍具效力者，不得參加本專案。
除外對象：約聘人員、退休人員不得參加投保。
2. 加　　保：請填寫投保資料、健康聲明書及特種特資，本商品受益人為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。被保險人身故時，如本契約保險金尚未給付或未完成給付，則以被保險人之法定繼承人為受益人。
被保險人同時具有多重身份時，僅得選擇一種身份參加「如夫妻同為正式成員(員工)，不得互以眷屬身份重複投保。加保完成並扣款成功後，提供保戶保險證。
3. 退　　保：員工退休、配偶投保後離婚者，請保戶通知宏泰人壽辦理退保，保障計算至繳費當年度到期日止，不退未到期保費。
成員(員工)本人續保時年齡逾 80 歲，或已申領保險金、退休、不具被保險人資格者，其全戶眷屬保障亦同時終止。
4. 續　　保：本團體保險契約期滿前，提供保戶續保通知函件，並於約定期限內回覆辦理續保、退保手續。
為保障客戶權益，未於約定期限內回覆者，視同願意續保以原約定之信用卡自動扣繳保費作業。若被保險人不願意續保，則請於續保日後 2 個月內向精聯保險經紀人公司提出申請並填寫異動表送至本公司，本公司將全額退回已扣之續保保費，逾期則不受理。
5. 保 險 費：保險費一律採年繳，限以員工本人所持有信用卡繳納保險費。投保第一年度，未滿一年者，按月數比例收取保費。例：106 年 2 月 1 日投保計劃 2 生效者，每月保費 120 元*本年度投保月份 11=本年度保費 1320 元。扣款不成功通知，皆以主被保險人(員工)於投保資料所填寫之地址為發送依據，主被保險人的住所有變更時，應即以書面通知精聯保險經紀人股份有限公司。主被保險人不做前項通知，得以主被保險人所留之最後住所發送之。

***成員(員工)地址：10596__台北市松山區民生東路三段 XXX 號_____
***聯絡電話：__02-2960-XXXX_____行動電話__0933XXXXXX_____

***成員(員工)即主被保險人 簽名：___王 X 明_____

成員(員工)本人同意事項：

1. 成員(員工)本人同意以本人所持有經過授權之信用卡扣繳本保險之保費。
2. 成員(員工)本人所提供之信用卡因停卡、信用額度不足等因素，致宏泰人壽無法扣款時，則本投保不生效力。
3. 續年度信用卡扣款時，若授權之信用卡有效期限已過，成員(員工)本人應配合重填信用卡授權書，以使扣款成功。

授權之信用卡資料
卡別：☑ VISA □Master Card □JCB □聯合信用卡
信用卡有限期限：西元__2020___年__ 12____月止
卡號：_450X___-6666___-8888___-9999___

立授權書人(持卡人)簽名：(須與信用卡簽名相同)
_____王 X 明_____

此致　　宏泰人壽保險股份有限公司

申請日期：中華民國_106_年_03_月_20_日