



團體保險要保書

受理編號：_____

*核准文號：82年03月18日台財保第820095804號
*備查文號：109年03月30日台壽字第1092610026號

- ※歡迎至台灣人壽網頁：「www.taiwanlife.com」了解本公司經營資訊（資訊公開說明文件），或可電洽客戶服務專線：0800-099850 或(02)81705156。
- ※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。
- ※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。
- ※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。

一、基本資料

團體代號：_____

保單號碼：_____

要保人 (要保單位)			負責人 /代表人	
營業性質			統一編號	
電話	傳真		勞保職災編號	
地址	□□□			
*與本契約有關之各項催告及通知之送達，以要保人地址為準，如有變更時，要保人應以書面通知本公司。 *被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將退還其他未給付部分之未到期保險費給要保人。				
保險期間	自民國_____年_____月_____日零時起至民國_____年_____月_____日零時止			
繳費方式	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳	保費分擔 方式	<input type="checkbox"/> 全部由要保單位負擔 <input type="checkbox"/> 全部由員工自付 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
			<input type="checkbox"/> 員工之保費：要保單位負擔 _____%，員工分擔 _____% <input type="checkbox"/> 眷屬之保費：要保單位負擔 _____%，員工分擔 _____%	
被保險人	詳被保險人名冊	保險內容	<input type="checkbox"/> 詳計劃書 <input type="checkbox"/> 團保計劃(專案名稱：_____；倘不符合本公司專案規定時，同意變更保險內容為詳計劃書)	
*被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險？(請勾選) <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否				
*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) <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否				
受益人	1. 失能保險金及醫療保險金之受益人為被保險人本人 2. 身故保險金或喪葬費用保險金受益人： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 填寫受益人之聯絡地址及電話 (受益人指定如為身分別之指定，或要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話，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。) <input type="checkbox"/> 依勞動基準法之遺屬受領補償順序(但已具名指定家屬者依其指定) <input type="checkbox"/> 依民法所規定法定繼承人之親屬及順位(但已具名指定家屬者依其指定) <input type="checkbox"/> 依各被保險人指定			

二、告知事項：

- *被保險人填寫之「團體保險被保險人投保申請表暨健康告知聲明書」，列為本要保書內容之一部分。
- *要保人與被保險人應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以影響本公司對於危險之估計，本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約，保險事故發生後亦同。

三、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之本人資料轉送產、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。
- 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。
- 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台灣人壽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台灣人壽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，而台灣人壽仍承保者，台灣人壽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台灣人壽者，同意台灣人壽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。
- 實支實付型醫療保險適用：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台灣人壽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台灣人壽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，而台灣人壽仍承保者，台灣人壽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台灣人壽者，同意台灣人壽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，但台灣人壽應以「日額」方式給付。

要保單位已詳閱本要保書、『要保書填寫說明』、『人壽保險投保人須知』、『蒐集、處理及利用個人資料告知書』、保險單條款樣張或影本及其他相關約定，並轉知被保險人。... 是 否

要保人(要保單位)蓋章 _____ 負責人/代表人簽章 _____
申請日期：中華民國_____年_____月_____日

業務員/代理人/經紀人簽名	業務員登錄字號/執業證號
保經/保代公司名稱	保經/保代簽署人簽章

授權核定	審 查 意 見	出 單
	<input type="checkbox"/> 擬依報價核定表/承保摘要表之內容承保。 <input type="checkbox"/> 擬依_____團保計劃內容承保。 <input type="checkbox"/> _____年 _____月 _____日傳真報備。 其他： 審查人員/日期：	<div data-bbox="1283 322 1455 371" style="text-align: center;">受 理</div>