

公教長照團險加保應備文件

- 公教團體長期照顧健康保險投保申請書暨健康告知聲明書
- 保險費約定付款授權暨電子單據服務申請書
- 個人資料保護法應告知事項
- 員工識別證影本或3個月內在職證明(續保及新加保皆須檢附)
- 眷屬的關係證明

(身分證影本/戶謄/戶口名簿影本擇一，續保及新加保皆須檢附)

國泰人壽公教團體長期照顧健康保險投保申請書暨健康告知聲明書

108.02.22 國壽字第 108020002 號函備查

114.01.01 國壽字第 1140010013 號函備查

※本投保申請書暨健康告知聲明書係構成「國泰人壽公教團體長期照顧健康保險專屬要保書」之一部分。

壹、被保險人基本資料

工作單位：_____

與被保險員工之關係	姓名	身分證字號	出生年月日	職業/工作內容	投保計畫別	是否領有身心障礙手冊	目前是否受有監護宣告
本人						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
配偶						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
子女						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

員工聯絡電話/手機號碼：_____

以上勾選是者，請提供證明文件

員工地址：_____ E-Mail 信箱：_____

貳、告知事項

與被保險員工之關係及目前之身高、體重	本人	配偶	子女			
	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	是否	是否	是否	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？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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)。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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。 (7)運動神經元疾病。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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？ (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。 (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、椎間盤疾患，伴有脊髓病變者、脊椎狹窄、外傷脊椎病變、脊椎腫瘤。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



711111



11401 版

※下面各欄內請由被保險人親自以「✓」表示告知	本人	配偶	子女			
	是否	是否	是否	是否	是否	是否
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"/> <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"/> <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 1-7 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：

- 一、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。
- 二、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。
- 三、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）於填寫要保書時，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：

_____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____

中華民國_____年_____月_____日

法定代理人/監護人/輔助人簽名：

1. _____ 關係 _____ 身分證字號 _____ 國籍 _____ 出生年月日 _____

2. _____ 關係 _____ 身分證字號 _____ 國籍 _____ 出生年月日 _____

招攬人員 1 (業務員/ 保險經紀人/ 保險代理人)	簽名：	招攬人員 2 (業務員/ 保險經紀人/ 保險代理人)	簽名：	招攬人員 3 (業務員/ 保險經紀人/ 保險代理人)	簽名：
	登錄證字號(執業證號)：		登錄證字號(執業證號)：		登錄證字號(執業證號)：
	業佣佔率：		業佣佔率：		業佣佔率：
職域代號					



711112



11401 版

個人資料保護法應告知事項

親愛的客戶您好，感謝您選擇國泰人壽保險股份有限公司（以下稱本公司）提供之保險及服務，謹致謝忱。

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：

- (一) 人身保險(○○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、病歷、醫療、健康檢查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3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，因此可能無法承保，敬請諒察。



000277



10601 版

轉帳/信用卡繳交保險費付款授權書

立授權書人(以下簡稱授權人)茲授權貴行/局/信用卡發卡機構依國泰人壽保險股份有限公司(以下簡稱國泰人壽)所提供有關要保人之保險費,自授權人之授權帳戶內自動轉帳/信用卡扣款,以交付下列保險契約之保險費,並以該帳戶做為退款之指定帳戶。

新投保件 續期件 變更轉帳/信用卡授權

授權人資料	保單號碼	G500039747									
	要保單位	行政院人事行政總處公務人員協會									
	授權人姓名	※授權人限員工本人(且該員工須為本保單之被保險人)									
	身分證字號										
	出生年月日	民國		年		月		日			

授權帳戶/信用卡(擇一)	※授權人限員工本人(且該員工須為本保單之被保險人)										
	<input type="checkbox"/> 郵局(700)	局 號: _____					帳 號: _____				
	<input type="checkbox"/> 銀行帳戶 (限列示銀行)	<input type="checkbox"/> 臺灣銀行 004	<input type="checkbox"/> 彰化銀行 009	<input type="checkbox"/> 兆豐銀行 017	<input type="checkbox"/> 台中銀行 053	<input type="checkbox"/> 新光銀行 103	<input type="checkbox"/> 遠東銀行 805	<input type="checkbox"/> 星展銀行 810			
		<input type="checkbox"/> 土地銀行 005	<input type="checkbox"/> 上海銀行 011	<input type="checkbox"/> 花旗銀行 021	<input type="checkbox"/> 京城銀行 054	<input type="checkbox"/> 陽信銀行 108	<input type="checkbox"/> 元大銀行 806	<input type="checkbox"/> 台新銀行 812			
		<input type="checkbox"/> 合作金庫 006	<input type="checkbox"/> 台北富邦 012	<input type="checkbox"/> 王道銀行 048	<input type="checkbox"/> 匯豐銀行 081	<input type="checkbox"/> 板信商銀 118	<input type="checkbox"/> 永豐銀行 807	<input type="checkbox"/> 日盛銀行 815			
<input type="checkbox"/> 第一銀行 007		<input type="checkbox"/> 國泰世華 013	<input type="checkbox"/> 臺灣企銀 050	<input type="checkbox"/> 瑞興銀行 101	<input type="checkbox"/> 三信銀行 147	<input type="checkbox"/> 玉山銀行 808	<input type="checkbox"/> 安泰銀行 816				
	<input type="checkbox"/> 華南銀行 008	<input type="checkbox"/> 高雄銀行 016	<input type="checkbox"/> 渣打銀行 052	<input type="checkbox"/> 華泰銀行 102	<input type="checkbox"/> 聯邦銀行 803	<input type="checkbox"/> 凱基銀行 809	<input type="checkbox"/> 中國信託 822				
	存款帳號(限使用活性新臺幣存款帳戶):										
<input type="checkbox"/> 信用卡	卡號: _____					※信用卡若因掛失、停用、換卡、升級等原因重新發卡,卡號或有效期限因而有異動者,請主動聯繫國泰人壽服務人員。					
	信用卡別: <input type="radio"/> VISA <input type="radio"/> MASTER <input type="radio"/> JCB										
	發卡機構: _____ 銀行 有效期限: 西元 ____ 月 ____ 年										

授權人確認事項	<p>1. 您的簽章即表示已審閱並同意本授權書各項說明及背頁有關「保險費約定付款授權約定條款」及「個人資料保護法應告知事項」。</p> <p>2. 本授權書不論授權成功與否,均不退還。但授權不成功時,授權人須重立授權書。</p> <p>3. 扣款方式包括但不限於使用活性存款帳戶扣款等。</p>	<p>授權人印鑑/簽章:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p>(請使用金融機構存款帳戶原留印鑑/簽名須與信用卡上之簽名相同)</p> <p>申請日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>
---------	---	--

以下由「送件人」填寫				以下由「國泰人壽」填寫			
本授權書各項填寫資料均經本人審核確認無誤,如有不實願負相關法律責任。							
送件人(確認人)簽名				受理單位:			
送件人身分證字號				主管(覆核)		經辦	
送件人連絡方式				電話(手機):			



000161



10811 版

【轉帳/信用卡繳交保險費付款授權約定條款】

壹、一般條款

- 一、本授權書所稱之授權人為要保人委託其代繳要保人與國泰人壽保險股份有限公司(以下簡稱國泰人壽)所訂定之保險契約之「國泰人壽自費團體保險加入調查表」所載之自費部分總保費(以下簡稱保險費)之人。授權人僅限於要保人之員工,且須為保險契約之被保險人。
- 二、授權人同意由本授權書約定之銀行活期存款或活期儲蓄存款/郵局設有存簿儲金或劃撥儲金帳戶或授權信用卡發卡機構,以自動轉帳/信用卡帳戶內進行扣款交付保險費。
- 三、國泰人壽依本授權書約定在授權人帳戶所扣得之保險費,授權人若有異議時,除扣款金額不符外,概由授權人負責,與國泰人壽無涉。
- 四、以自動轉帳/信用卡扣款繳付保險費者,授權人同意指定銀行/郵局/發卡機構於未完成驗印及建檔/建檔前,即得逕行扣繳保險費。國泰人壽就已受領之款項,得逕予入帳以繳交保單之保險費。若指定銀行/郵局/發卡機構撥款予國泰人壽後,始通知授權有瑕疵者,本授權書之授權自始不生效力,授權人應另行簽訂授權書。如因此而有所疑義時,國泰人壽將無息退還保險費至原扣繳帳戶,概與指定銀行/郵局/發卡機構無涉。
- 五、授權人與指定銀行/郵局/發卡機構之契約關係消滅或其他任何原因,致指定銀行/郵局/發卡機構未能付款予國泰人壽時,授權人同意指定銀行/郵局/發卡機構得將未能付款原因通知國泰人壽。
- 六、保險契約經辦理撤銷、終止、解除或其他原因而失效後,如指定銀行/郵局/發卡機構因作業時差及其他因素誤以其為有效而仍於授權人帳戶轉帳或信用卡進行扣款交付保險費者,保險契約並不因此而有效,指定銀行/郵局/發卡機構得於發現錯誤後,通知國泰人壽將該筆款項退還至授權人原扣款帳戶,授權信用卡扣款者仍應依發卡機構所發之付款通知書向發卡機構支付發卡機構已給付國泰人壽之保險費;於前述情形,授權人同意國泰人壽將保險費退還指定銀行/郵局/發卡機構。
- 七、授權人對指定銀行/郵局/發卡機構之自動轉帳/信用卡扣款金額與保險費金額有疑義時,應逕行洽詢國泰人壽,概與指定銀行/郵局/發卡機構無關。
- 八、授權人同意任何有關授權人與國泰人壽就本授權書所指定保險契約之保險權益事項及一切抗辯,概與指定銀行/郵局/發卡機構無關,不得以之對抗指定銀行/郵局/發卡機構。
- 九、指定銀行/郵局如因電腦系統故障或其他不可抗力之情事致無法於約定日期完成扣款者,指定銀行/郵局得待前述無法完成扣款之原因消滅後,再行辦理保險費之扣款,如有疑義,應逕行洽詢國泰人壽,概與指定銀行/郵局無關。
- 十、授權人於本授權書授權成功後,如變更於指定銀行/郵局之留存印鑑或簽名者,本授權書不因此而失其效力。
- 十一、授權人以同一帳戶/信用卡同時授權指定銀行/郵局/發卡機構以自動轉帳/信用卡扣款交付兩件以上保險契約之保險費或同一天同一帳戶/信用卡內有兩筆以上扣款時,則由指定銀行/郵局/發卡機構衡量授權人之存款餘額與保險費狀況權衡處理,授權人不得有異議。
- 十二、授權人同意國泰人壽及指定銀行/郵局/發卡機構得於授權繳交保險費之必要範圍內為蒐集、利用或處理授權人之個人資料。
- 十三、有以下各款情形之一者,除本授權書另有約定外,授權之效力自指定銀行/郵局/發卡機構知悉該情形之日起終止:
 - (一)本授權書所指定之保險契約因撤銷、終止、解除或其他原因消滅時。
 - (二)授權人與指定銀行/郵局/發卡機構之間,就本授權書所指定扣款帳戶/信用卡之契約關係消滅時。
- 十四、本授權約定條款如有未盡事宜,授權人授權國泰人壽及指定銀行/郵局/發卡機構得隨時協商修訂之,修訂後之內容構成本條款之一部分,效力優先於原條款。

貳、第一次保險費條款

- 一、以本授權書授權繳交新契約第一次保險費者,應連同新契約要保書一併交予國泰人壽,新契約經國泰人壽同意承保,並確認自指定銀行/郵局/發卡機構受領第一次保險費時,溯及國泰人壽受理本授權書時生效。若第一次保險費遭指定銀行/郵局/發卡機構拒付者,保險契約自始無效。
- 二、授權人於簽署本授權書後,欲變更授權內容者,應另立授權書並於保險契約完成承保程序前送達國泰人壽,始生效力。
- 三、本授權書如因內容填寫不全、錯誤或其他原因致指定銀行/郵局/發卡機構無法辦理轉帳/扣款者,不生授權之效力。
- 四、授權繳交新契約第一次保險費者,授權人若無反對之意思表示,該新契約之續期保險費依照下列續期保險費條款辦理。
- 五、保險契約有因辦理撤銷、不同意承保或承保內容變更致生退還保險費之情事時,要保人及授權人同意國泰人壽得將應退還之保險費,無息匯入授權人原扣款帳戶。

參、續期保險費條款

- 一、授權指定銀行/郵局以自動轉帳或發卡機構以扣款交付保險費之轉帳/扣款基準日,除已有指定扣款日之約定者外,如保險單所載保險費交付日期為1日至9日間者,以當月9日為轉帳/扣款基準日;保險單所載保險費交付日期為10日至19日間者,以當月19日為轉帳/扣款基準日;保險單所載保險費交付日期為20日至月底者,以當月29日為轉帳/扣款基準日(每年2月以27日為轉帳扣款基準日);如遇假日,則順延至次一營業日扣款,並請提前一個營業日存妥款項。
- 二、若於上述9、19、29日(2月則為27日)等轉帳扣款基準日扣款不成者,國泰人壽得再執行扣款或由要保人於保險契約條款約定之寬限期間屆滿前自行繳交該次保險費。若逾期未繳致保險契約停效者,概由要保人自行負責。
- 三、本授權書如因內容填寫不全、錯誤或其他原因致指定銀行/郵局/發卡機構無法辦理轉帳/扣款者,不生授權之效力。
- 四、因作業時差及其他因素,發生重複收費之情事者,國泰人壽應將重複收取之保險費退還至授權人原扣款帳戶。
- 五、授權人於每月15日前將本授權書送達國泰人壽者,自動轉帳作業自次月1日起生效,每月16日後始送達者,自動轉帳作業自次一期別起生效。
- 六、授權人欲變更以其他帳戶/信用卡繳交保險費時,應重新填寫授權書,並依續期保險費條款第五條之約定辦理,原授權書效力於新授權書生效時,自動終止。更換新卡(如毀損、有效期間屆滿等情形)而未更換卡號者,原授權書仍具授權效力。
- 七、授權人欲終止授權關係,應於保險單所載保險費交付日期前5個營業日,將「終止保險費自動轉帳付款授權書」送達國泰人壽,逾期送達者,則延至次期始生終止效力。授權人就本授權書所授權自動轉帳之保險契約,如前已有以信用卡繳交保險費或保險費自動轉帳付款之授權者,自本授權書生效之日起,前開授權視為終止。
- 八、因保單繳別、年期之變更或其他保全變更,致使當次金額與授權指定銀行/郵局/發卡機構以自動轉帳/信用卡扣款交付保險費之金額有短轉或溢繳時,則由國泰人壽於次月依本授權書續期保險費條款第一條約定之扣款基準日之相當日補收或無息退還至授權人原扣款帳戶。如次月有應繳之續期保險費,則溢收短繳之保險費將合併計算。

個人資料保護法應告知事項

國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內,以合於法令規定之利用方式,於我國境內供予國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務中心或利用國泰人壽免費客戶服務專線(0800-036-599)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料,惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須,得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時,基於健全人身保險業務之執行,國泰人壽將無法提供您完善的服務。



000162



10811 版