備查文號：951002(95)福算字第 1970 號
970218(97)福團字第 0362 號
100.09.01 依 100.06.09 金管保品字第 10002524864 號

幸福人壽團體保險被保險人加保申請書

本公司保險資訊公開說明於網站 網址：http://www.singforlife.com.tw/；欲索取保險資訊公開說明書文件者，亦可透過保戶免費服務專線：0800-885000；或自本公司全省分支機構索取。

一、基本資料：

要保單位：銘傳大學　主被保險人姓名/ID：＿＿＿＿＿＿/＿＿＿＿＿＿　單位：＿＿＿＿＿＿員工編號：＿＿＿＿＿＿

聯絡電話：＿＿＿＿＿＿手機：＿＿＿＿＿＿通訊地址＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

二、投保內容：

對象\保額\險種	傷害保險	傷害醫療險	住院醫療險	每人每月保險費
I、教職員配偶	200 萬元	1 萬元	每日病房費：1,500 元/日	149 元
II、教職員子女	200 萬元	1 萬元	醫療雜費限額：30,000 元/次	第一位子女：149 元；第二位子女 87 元
III、教職員父母	---	---	手術費限額：50,000 元/次	160 元

※被保險人是否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）

（一）實支實付型傷害醫療保險：□是 □否　（二）實支實付型醫療保險：□是 □否

三、加保申請登記表：

保險期間：自＿＿年＿＿月＿＿日＿＿時 至＿＿年＿＿月＿＿日＿＿時止					保費：　元	
稱謂	姓名	出生日期	身分證字號	工作內容/職業類別	投保計劃	身故受益人/關係
配偶				/	I	員工本人
子女				/	II	員工本人
子女				/	II	員工本人
父親					III	員工本人
母親				/	III	員工本人

四、告知事項：

團體保險健康告知書：主被保險人及次被保險人皆應填寫團體保險健康告知書；且須經幸福人壽保險股份有限公司核保通過後始得生效。	**本人是否**	**配偶是否**	**子女是否**	**父母是否**
1.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）	□	□	□	□
2.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？ 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、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、癌症（惡性腫瘤）、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病、酒精或藥物濫用成癮，眩暈症、視網膜出血或剝離、視神經病變。	□	□	□	□
3.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？	□	□	□	□
4.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？ 高血壓症（指收縮壓 140mm 舒張壓 90mm 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、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、肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核、肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常（GPT GOT 值超過檢驗正常值以上）、腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞、視網膜剝離或出血、視神經病變、癌症（惡性腫瘤）、血友病、白血病、貧血（再生不良性貧血、地中海型貧血）、紫斑症、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、紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原。	□	□	□	□
5.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？ 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎、肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸、慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞、痛風、高血脂症、青光眼、白內障、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）	□	□	□	□
6.目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼機能障礙，四肢缺損或畸形。	□	□	□	□
7.目前身體機能是否有下列障害？ 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，且一目視歷經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表 0.三以下、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、失明、聾、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害、四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。	□	□	□	□
8.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	□	□	□	□
9.是否已確知懷孕？如是，已經　　週（女性被保險人回答）	□	□	□	□

上述告知事項回答「是」者，請說明項目、就診日期(年、月)、持續治療時間、病名、治療方式（藥物、開刀、其他）、醫院名稱(如知病歷號碼，請說明)、是否痊癒?請於下列敘述：

姓名	項目	告　知　內　容

本健康告知書所載告知事項，被保險人應親自據實填寫，如有違反告知義務致影響危險評估則依保險法 64 條保險公司得解除契約。

五、聲明事項：

1.本人（被保險人）同意　貴公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。2.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、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。3.本人（被保險人、要保人）同意　貴公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。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　貴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　貴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　貴公司仍承保者，　貴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　貴公司者，同意　貴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　貴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　貴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　貴公司仍承保者，　貴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　貴公司者，同意　貴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　貴公司應以「日額」方式給付。

要保單位/負責人（或經要保單位授權之代表人、經辦人）簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保險人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿；法定代理人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請日期：中華民國　　年　　月　　日

注意事項：

1.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。

2.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。

3.投保契約各項權利皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解，以避免權益受損。