

保單號碼

國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書

95.12.01 國壽字第 95120001 號函備查

113.08.30 國壽字第 1130080006 號函備查

※本投保申請書暨健康告知聲明書係附於並構成「國泰人壽團險保險要保書」之一部分。

壹、被保險人基本資料

要保單位：_____

員工編號：_____ 地址：□□□□ _____ 手機號碼：_____

E-Mail 信箱：_____ 身故保險金或喪葬費用保險金受益人

被保險人	姓名	出生年月日 身分證字號	職業 工作內容	投保等級	姓名	身分證號碼	與被保人關係	聯絡電話
						聯絡地址		
本人				等級_____		□□□□		
配偶				等級_____		□□□□		
子女				等級_____		□□□□		
				等級_____		□□□□		
				等級_____		□□□□		
				等級_____		□□□□		

監護宣告及身心障礙詢問 1. 以上被保險人是否有領取身心障礙手冊或有身心障礙證明者？ 無 有
2. 被保人是否有受監護宣告者？ 無 有，凡勾選有者，請填寫姓名及提供證明文件。姓名：

投保同業醫療險狀況 (含日額或實支實付給付擇一) 1. 以上被保險人是否有投保同業實支實付型醫療險？ 無 有，姓名：
2. 以上被保險人是否有投保同業實支實付型傷害醫療險？ 無 有，姓名：

※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，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。

貳、告知事項

被保險人目前之身高、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 投保壽險者，請回答下列 1-7 項之問題；投保健康險者，請回答下列 1-8 項之問題； 有投保傷害險者，請回答下列第 9 項之問題：	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"/>
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"/>
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。	<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"/>
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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



711071

11301 版

團體保險加入調查表

保單號碼		要保單位	
------	--	------	--

壹、員工本人資料【請正楷填寫；如續保欲變更資料、請填寫該欄位】

姓名		出生日期		身分證字號	
單位／部門	新北市不動產服務職業工會	職稱		員工編號	
行動電話		通訊地址	□□□		
單位電話		電子信箱			

貳、投保名單與基本資料【請正楷填寫】

關係	投保內容	姓名	出生日期 (民國)年/月/日	身分證字號	投保計劃		保費(元)
					去年	今年	
本人	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
配偶	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
父親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
母親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						

第一次投保請勾選「加保」；如續保時欲變更投保計劃請勾選「變更」。

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，匯入本授權書所約定之授權人帳戶。

本人已詳閱「保障計劃簡表」並知悉相關內容。

總保費(合計)：_____元、員工本人親簽：_____

國泰人壽內部使用			
項目	服務人員	收件日	生效日
<input type="checkbox"/> 新契約投保			
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			



700097



10301 版