

臺銀人壽保險股份有限公司團體保險要保書

74.04.21台財融字第14855號函核准；112.01.03依110.01.13總統華總一義字第11000001891號令修正

保單送達方式：☐寄要保單位☐寄經代公司☐業務員自取☐其他_____

※本公司資訊公開說明文件，歡迎至本公司網站 <http://www.twfhclife.com.tw>、保戶服務中心及各分公司查閱；如需書面文件請電洽免付費服務電話 0800-011966 索取。

※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。

※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。

※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。

※本商品為保險商品，依保險法及相關規定受人身保險安定基金之保障。本商品非銀行存款，無受存款保險之保障。

要保單位基本資料

保單號碼

要保單位	彰化縣政府人事處		
負責人	承辦人		
行業類別	電話	04-7222151	
通訊地址	彰化市中山路二段416號		
電子郵件信箱 / E-mail			

告知事項 ※ 各被保險人填寫之「團體保險健康聲明書」係屬於本要保書之附件 ※

被保險人中現在有無不能從事日常工作？	☒ 無	☐ 有，其姓名及不能工作之原因為：
被保險人中現在有無罹患疾病或已受傷者？	☒ 無	☐ 有，其姓名及罹患疾病名稱或受傷之部位與日期為：
被保險人中現在有無身體失能或機能障礙者？	☒ 無	☐ 有，其姓名及機能障礙部位、程度與發生日期為：

聲明事項

要保人與被保險人向臺銀人壽保險股份有限公司（以下稱貴公司）聲明同意下列各項：

- 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。
- 要保人、被保險人與法定代理人是否已審閱本公司「臺銀人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項」……☒是 ☐否
- 要保人於投保前已詳閱本要保書告知及聲明事項之內容，確實了解貴公司對告知及聲明事項所作之完整說明，並審閱貴公司「保單條款樣本或影本」及「投保人須知」，願意投保，確認簽名如下：

要保單位簽署	招攬單位簽署	自展人員簽署
 要保單位(請蓋章) 負責人(請簽章) 中華民國____年____月____日	代理人、經紀人 代碼 簽署人 業務員 登錄字號 招攬之保險經紀人或保險代理人 簽名： 執業證書號碼：	業務經理 業務襄理 業務主任 業務員 登錄字號 代碼 中華民國____年____月____日

要保事項 ※ 被保險人之資格及保險計畫內容詳「臺銀人壽團體保險計畫」及「被保險人名冊」 ※

被保險人	等 人，詳被保險人名冊	身故受益人		詳被保險人名冊。	
		失能、喪失工作能力及傷病受益人		被保險人本人	
投 保 項 目				總 保 險 金 額	總 保 險 費
☐ 團體一年定期傷害保險 (61)				萬元	元
☐ 團體一年定期人壽保險 (64)				萬元	元
☐ 意外傷害醫療團體保險附約 (53)				萬元	元
☐ 意外傷害住院醫療日額給付團體保險附約 (55)				單位	元
☐ 團體一年定期癌症保險附約 (56)				單位	元
☐ 團體一年定期傷害醫療給付附約 (58)				萬元	元
☐ 團體一年定期二至十一級失能保險附約 (59)				萬元	元
☐ 團體一年期住院醫療健康保險附約 (5A)				單位	元
☐ 團體一年定期住院醫療日額給付保險附約 (5F)				單位	元
☐ 團體一年定期重大燒燙傷分級給付附加條款 (5B)				萬元	元
☐ 團體一年定期特定傷害保險給付附加條款 (5C)				萬元	元
☐ 團體一年定期航空運輸傷害保險給付附加條款 (5D)				萬元	元
☐ 團體一年定期海陸運輸傷害保險給付附加條款 (5E)				萬元	元
☐ 新團體一年定期防癌健康保險附約 (5J)				單位	元
☐ 團體燒燙傷病房傷害保險附加條款 (5K)				元	元
☐ 團體骨折未住院傷害保險附加條款 (5L)				元	元
☐ 團體加護病房健康保險附加條款 (5M)				元	元
☐ 團體門診手術健康保險附加條款 (5N)				元	元
☐ 團體住院前後門診健康保險附加條款 (5P)				元	元
☐ 團體急診健康保險附加條款 (5Q)				元	元
保 險 期	自 年 月 日 零 時 起	繳 別	☐ 年(躉)繳 ☐ 半 年 繳 ☐ 季 繳 ☐ 月 繳	保 險 費 合 計	元
	至 年 月 日 二十四時止				

※投保「團體一年定期傷害保險」或「團體一年定期人壽保險」之主契約，提供「團體一年期重大燒燙傷給付附加條款」的保障，並按主契約該被保險人保險金額百分之二十五給付。本公司合併同一被保險人於本公司投保之團體保險主契約，所給付之重大燒燙傷保險金最高金額為新臺幣五十萬元，並以一次為限。

※傷害保險契約之被保險人非因保險契約所載之保險事故身故致保險契約效力終止或健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將按日數比例返還未到期之保險費予要保人。

要保單位聲明書

適用險別：
1.團體保險
2.團體旅行平安保險

要保單位於投保前已確認以下事項：

一、要保單位統一編號：_____ 註冊登記地：☒中華民國 ☐其他：_____

要保單位類別：☒我國政府機關 ☐我國公營事業機構 ☐我國公開發行公司或其子公司
☐金融機構 ☐其他

二、投保目的：☒保障 ☐其他：_____

三、保費來源(團體旅行平安保險免填)：☐要保單位全額付費件(公費件) ☒員工自費件

四、要保人確有投保及已確認被保險人為本公司(團體)之員工(成員)或家屬並確有同意投保並簽名。

五、要保人已確實瞭解其所繳交保險費係用以購買保險商品。

六、受益人之指定係經被保險人同意。

七、已評估要保人投保險種、保險金額及保險費支出與其實際需求已具相當性。

八、被保險人均已知其投保目的及相關保險內容。

九、被保險人之投保內容及保險費，並無顯不相當之情形。

此致

臺銀人壽保險股份有限公司

要保人(要保單位章)：

(負責人章)✓

處長 高上富

中華民國

年

月

日



* A 0 8 0 0 7 0 1 *

業務員報告書

適用險別：

1. 團體保險
2. 集體彙繳件旅行平安保險
3. 由團體成員自行全額負擔
保費之團體旅行平安保險

要保人（要保單位）：_____

1. 招攬經過：☐ 陌生拜訪 ☐ 親友介紹 ☐ 主動投保 ☐ 既有客戶 ☐ 其他：_____

2. 投保目的及需求：☐ 保障 ☐ 其他：_____

3. 身分確認及財務狀況：

☐ 已確認要保人（要保單位）、被保險人之身分。

☐ 要保單位為非營利事業單位

☐ 要保單位為營利事業單位，請繼續填寫下列問項：

(A) 要保單位於主管機關（許可機關）_____辦理登記，已營業_____年。

☐ 統一編號 _____ ☐ 稅籍編號 _____ ☐ 登記字號 _____（請擇一填寫）

(B) 要保單位主要營業/營運項目：_____

(C) 要保單位之年度營運收入約 _____ 萬元。

4. 被保險人工作年收入及其他收入平均約 _____ 萬元。

5. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險？ ☐ 是 ☐ 否

6. 要保人是否已確實瞭解其所繳交保險費係用以購買保險商品？ ☐ 是 ☐ 否

7. 身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？ ☐ 是 ☐ 否/請說明原因：_____

8. 投保旅行平安險者請加填：

國外旅遊：個別被保險人之保險金額 > 新臺幣 1,500 萬元者，

是否已親晤要保人及被保險人？ ☐ 是 ☐ 否

國內旅遊：個別被保險人之保險金額 > 新臺幣 500 萬元者，

是否已親晤要保人及被保險人？ ☐ 是 ☐ 否

9. 其他有利於核保之資訊：

招攬單位	招攬之業務員	招攬之保險經紀人 /保險代理人	保險經代簽署章/ 通訊處單位主管簽章
	簽名： 	簽名： 	
	登錄字號： 	執業證書號碼： 	

中華民國

年

月

日

第 1 頁，共 1 頁



版本：105 年 4 月版

法人/團體 保戶身分確認聲明書

旅行平安險暨
團體保險適用

☐團體保險 ☐旅行平安險

※請確實依序填寫完成本聲明書第一項至第二項內容

第一項、基本資料

1. 法人/團體 名稱	彰化縣政府人事處			
2. 行業類別/統一編號	/(或註冊號碼)			
3. 註冊登記地址	☐ 同要保書地址 或 ☐ 地址:			
4. 主要營業處所地址	☐ 同要保書地址 或 ☐ 同上或 ☐ 地址:			
5. 設立登記日期及檢附證明文件類別	設立登記日期:民國 年 月 日 文件證號: _____ ☐ 公司登記證明文件或商業登記證明文件(如主管機關核准公司或商業登記之核准函、公司設立/變更登記表、公司登記證明書等) ☐ 主管機關核發之證照或核准成立或已備案之文件			
6. 高階管理人員	代表人:董事長、理事長或具相當類似職務之人			

職稱/ 身分	姓名	國籍	身分證明文件號碼	出生日期
		☐ 中華民國 ☐ 其他: _____		

第二項:聲明及簽署:

本法人/團體茲聲明、瞭解並同意下列事項:

- 上述資料及相關文件(包括附件)均為屬實、正確且同意依貴公司業務需求,提供資料予以佐證,嗣後若有任何異動,同意將於異動日起 30 日內主動通知並提供相關證明文件向貴公司申請變更。
- 已向高階管理人說明並取得其同意後始提供個人資料予貴公司,且上開人等均已了解本聲明書符合個人資料保護法及相關法令規定。本聲明書並具有上開人等書面同意貴公司蒐集、處理及利用其個人資料之效力。
- 因本聲明書或附件所生之爭議,悉依與貴公司間之業務契約及交易所約定之條款辦理。
- 於投保前已確認以下事項:
 1. 投保目的: ☒保障 ☐其他: _____
 2. 被保險人確為本法人/團體(要保單位)之員工(成員)或家屬,確有同意投保並簽名。
 3. 被保險人均已知其投保目的、需求及相關保險內容。
 4. 被保險人之投保內容及保險費,並無顯不相當之情形。
 5. 受益人之指定係經被保險人同意。
 6. 本法人/團體確有投保並已確實瞭解所繳交保險費係用以購買保險商品。
 7. 本法人/團體已評估投保險種、保險金額及保費支出與實際需求已具相當性。

此致

臺銀人壽保險股份有限公司

要保人:

處長

(要保單位章)

高上富

(負責人章)

中華民國

年

月

日

(以下欄位由業務員填寫)

業務員聲明事項:

本人(業務員)已檢視及確認本聲明書所載事項,包括法人之合法證明(如:合格登記資格證照、營業職業或其他設立登記證照、章程或類似之權力文件),及高階管理人員之身分證明文件、資料或資訊,並確認與要保書及本聲明書填載內容無不符情事。

業務員簽名: _____

填寫日期:民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日



* A 0 7 0 0 1 0 0 *

法人、團體保戶 高階管理人員徵提範圍表

一、法人保戶

編號	項目	至少應徵提之範圍
1	原則	代表人如董事長、理事長(或與前述相當職位人員)
2	特定條件	
	特定條件 1	我國政府機關、外國政府機關或其分支單位 其機關首長/ 分支單位之單位主管

二、非法人之團體保戶

編號	項目	至少應徵提之範圍
1	公寓大廈管理委員會	有權簽章人、主任委員及財務委員
2	職工福利委員會	有權簽章人、主任委員、主任(若有)及總幹事(若有)
3	其餘團體	有權簽章人、主任委員如理事長等相類似職位人員

三、特殊情形

編號	項目	至少應徵提之範圍
1	獨資企業	負責人

臺銀人壽 公、教機關員工暨眷屬 Bank Taiwan LIFE INSURANCE

唯一國營壽險 **團體意外險 100 萬(年繳 365 元)每天 1 元**

"漲" 聲時代，聰明理財新選擇；

省錢就是賺錢，節省各位荷包 "意外與明天不曉得那一個先到"

◆投保限制：職業類別承保 1~4 類 (醫療給付只要收據副本即可申請)

保障內容 \ 保額	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	61.5 萬
意外身故	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	61.5 萬
意外失能	100~5 萬	200~10 萬	300~15 萬	500~25 萬	61.5~3.075 萬
重大燒燙傷	25 萬	50 萬	50 萬	50 萬	15 萬
限額、日額 二擇一 申請	意外醫療 3 萬 意外住院日額 900 元	意外醫療 3 萬 意外住院日額 900 元	意外醫療 3 萬 意外住院日額 900 元	意外醫療 5 萬 意外住院日額 1500 元	意外醫療 3 萬 意外住院日 額 900 元
年繳 保費	50 人以上 5~49 人	566 元 616 元	931 元 1031 元	1296 元 1446 元	2160 元 2410 元
					425 元 未滿 15 歲子女

◆參加資格：員工、配偶、子女、父母，員工參加眷屬方可參加。

詳細內容以保單條款為主

◆年齡限制：出生滿 15 天且正常出院~70 歲者；續保可至 75 歲。(70 歲以上含續保僅能參加純意外險)

◆保額限制：員工及配偶最高 500 萬；子女 15 歲以上最高 300 萬；父母僅 200 萬。(眷屬保額不得大於員工)

超級比一比 保障不變 幫您省了多少\$?

範例：投保意外險 500 萬 另有防癌險、定期壽險、住院醫療，可供投保選擇以補保障不足。

職級	一級 (教師、行政人員)	二級 (外勤、工程師)	三級 (清潔員)	四級 (交通警察)
市價	6,025 元	7,855 元	9,440 元	14,130 元
團體優惠價一律 2,160 元/年				
省下	3,865 元	5,695 元	7,280 元	11,970 元

單位：

電話(公)：

(宅)：

	被保險 人姓名	出生 年月日	身分證字號	工作 內容	保額	保費	受益人	關 係	是否投保其 他人壽保險
本人									是 否 □ □
配偶									是 否 □ □
子									是 否 □ □
女									是 否 □ □
父									是 否 □ □
母									是 否 □ □

* 您不可不知 意外險(第一類)附加在任何主壽險 年保費約 1100 元 且無保障終身

服務專線：04-24715318 傳真專線：04-24715461

請洽：劉玉玲
0939909924