

## 南華大學自費團體保險被保險人名冊

保單號碼：	要保單位名稱：	員工姓名：	員工編號：	身分證號：
部門(單位)：	出生日期：民國_____年_____月_____日	家庭年收入：	萬元	行動電話：
電話：公(____) 宅(____)	通訊地址：□□□			

**【填寫說明】**

1. 若被保險人為外籍人士時，請填寫同護照上之英文全名，並加填性別及國籍。
2. 身故保險金受益人限指定被保險人的家屬或其法定繼承人。
3. 申請變更時，請填寫欲變更被保險人資料，若未填寫者則視為維持不變。
4. 若個別被保險人基於核保上之需要，請另行填寫富邦人壽團體保險健康聲明書。
5. 本表請勿塗改，如有塗改，請於塗改處簽名或更換表格重新填寫。

**全戶退保(若欲退保員工(含)所屬之全部被保險人，請勾選此項)**

異動類別	被保險人		身分證字號 (外籍人士請填寫護照號碼)			被保險人是否已投保其他商業實支實付型醫療保險？ <small>若『實支實付型醫療保險』勾『是』者，本公司不受 理住院醫療險及癌症醫療險之投保申請(註)</small>
	稱謂	姓名 (親簽)	身分證字號 出生年月日	性別	國籍	
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	配偶		民國 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	子女		民國 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	子女		民國 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	父母		民國 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	父母		民國 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

註：若投保實支實付型醫療保險：本人(被保險人)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富邦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富邦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，而富邦人壽仍承保者，富邦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富邦人壽者，同意富邦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，但富邦人壽應以「日額」方式給付。

**【要保人與被保險人聲明事項】**

1. 本人(被保險人)同意富邦人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
2. 本人(被保險人、要保人)同意富邦人壽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。
3. 本人(被保險人、要保人)同意富邦人壽就本人之個人資料，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。
4. 本人(被保險人)同意申請投保貴公司之團體保險契約，一切權利義務以要保單位與富邦人壽所訂之團體保險契約所載全部事項及保單條款為依據。

要保單位蓋章	員工簽名	以下欄位由富邦人壽承辦人員填寫 本公司同意上列人員之保險效力， 自民國 年 月 日上午零時起生效。	
		承辦人員	受理收訖章
	填寫日期：_____年_____月_____日		