

# 郵政職工團體保險被保險人資料表【限第一次投保使用】

寶祥服務電話：(02)2231-6319 · 0800-000559

傳真：(02)2231-6204 · 8660-6166

◆保險期間：自 \_\_\_\_\_ 至 1090930 止

編號： \_\_\_\_\_

✓ 基本資料	員工姓名	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	身分證字號	出生日期	員工代號
	服務單位/職稱	e-mail			
	聯絡電話 (請留 2 支以上)	公:	宅:	手機:	傳真:
	通訊地址	□□□□□			

*請以 區 填 寫	身分	被保險人姓名	身分證字號	出生 年月日	工作內容	保險費	身故受益人
	配偶					元	約定為員工本人
	子女 1					元	
	子女 2					元	
	子女 3					元	
	子女 4					元	
	員工 父母					元	
	員工 父母					元	
>殘廢保險金及醫療保險金之受益人為被保險人本人。 >投保對象及保險內容請詳閱投保說明書，資料表請自行影印留存。					人數 / 合計保費： _____ 人 _____ 元		

**注意事項**

1. 保險效期為期一年，期間雖中途離職，其效力仍延至當年度保險屆滿日止，續年度請勿繼續投保，如已續保請退回保險證辦理退費，否則保險無效，事故發生後亦同。

2. 職業/工作內容限於「台灣地區傷害保險個人職業分類表」1-4類以內(例學生、家管、行政內勤.....等)，軍警人員(限1-2類)。保險有效期間現職或轉職如超過第四類者，因工作所致事故則按照比例給付第五至第六類工作者；若屬拒保類及特殊費率者為拒保對象(註)，一律不予給付。

註：(1)戰務人員，(2)礦務人員：為實際從事採礦或礦坑內執行任務之人員，(3)運動員(職業)，(4)機師或空服員：為實際從事飛行任務之人員，(5)船員或海事人員：為實際從事海面上或海面下工作人員，例如：海上鑽油平台工作人員或潛水員，(6)警察、消防人員及執行任務之義警、義消人員，(7)各類競技人員(例如：賽車手)，(8)特殊費率者：遠洋、近海船舶所有工作人員，遊覽船、小汽船之駕駛及工作人員，自由車、角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、國術、拳擊人員，潛水、滑雪、馬術、特技、雪車教練及與賽人員，滑翔機具教練等。

**繳費方式**

1. 郵政劃撥 (劃撥帳號：18439721 戶名：寶祥保險經紀人股份有限公司)

2. 郵政媒體轉帳---- (茲依照臺灣郵政受託代繳款項辦法之規定，依被保險人之帳戶扣繳寶祥規劃團體保險費。)

需填寫「自動轉帳付款授權書」

3. 信用卡---- (茲同意授權自本人信用卡帳戶進行自動轉帳作業，以支付保單年度應繳之保險費予本公司。)

發卡銀行： \_\_\_\_\_ 有效期限：□□月 / 西元 20□□年

信用卡卡號：□□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□

註：合約期間本公司將通知續保，採郵政媒體轉帳或信用卡繳費者，如未表示不續保或變更者，本人同意按授權資料扣繳續年度保險費。

**簽名欄**

授權人簽名及身分證字號：(限上列投保被保險人)  
 簽名： \_\_\_\_\_ 身分證字號： \_\_\_\_\_

主被保險人(員工)  
 簽名： \_\_\_\_\_

填寫日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎歡迎影印使用 108/09/01

新件投保於當月二十五日前傳真者，『約定次月1日生效』



一、基本資料

關係	被保險人姓名	身分證字號	出生日期	身高	體重	服務單位/職稱/詳細工作內容	兼業工作內容
員工本人							
配偶							
子女1							
子女2							
子女3							
子女4							
員工父母							
員工父母							

是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? 如勾選是者, 請提供

員工本人	配偶	子女	員工父母
是	否	是	否
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

二、告知事項 (資料表寄回後, 如於生效日前, 有就醫記錄者, 請逕向寶祥索取健康聲明書, 履行告知義務)

●被保險人對下列告知事項應據實告知並親自填寫, 如有隱匿、遺漏或不實之說明, 足以影響本公司對於危險之估計者, 本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約中該被保險人部分, 保險事故發生後亦同。

	員工本人		配偶		子女		員工父母	
	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"/>							
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? (1)高血壓(指收縮壓 140mmHG, 舒張壓 90mmHG 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)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。(3)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。(4)糖尿病。(5)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。	<input type="checkbox"/>							
3.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"/>							
4.目前身體機能是否有下列障害? (1)失明。(2)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, 且一目視力經矯正後, 最佳矯正視力在萬國視力表〇.三以下。(3)聾。(4)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。(5)啞。(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>							

以上詢問事項勾選「是」者, 請註明題號並詳細說明檢查原因、時間、地點、項目、及結果或疾病名稱、發病時間、症狀、治療院所、治療方式、治療時間及結果。

答覆為「是」時	題號	姓名	疾病/意外名稱	診治日期	就診醫院	是否住院	是否手術	最後就診日期及現在狀況
							<input type="checkbox"/> 是, 約____天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是, 約____天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	____年____月____日 結果:
						<input type="checkbox"/> 是, 約____天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	____年____月____日 結果:
						<input type="checkbox"/> 是, 約____天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	____年____月____日 結果:

【本健康告知聲明書如有塗改, 請於塗改處簽名】

三、同意事項: 請詳閱被保險人資料「個資告知書及特種個資同意書」

被保險人同意暨簽名: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

未成年人其法定代理人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(未滿七足歲者或無行為能力人, 由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名; 七歲(含)以上未滿二十足歲者, 由本人及法定代理人簽名。)