印製日期：2014 年 7 月版
103.7.31(103)南壽核字第 097 號函備查

Index: | | | | | | | | | G |

南山人壽保險股份有限公司

團體保險加保約定書

(相關單位)受理欄
受理日(合約生效日/復效日)

※本團體保險加保約定書附於並構成團體保險要保書之一部份。

請黏貼條碼於正上方

南山人壽使用欄

保戶編號：_____-_____(分支代號) 保單號碼：_____ □新加保（首次加入者適用；投保計劃□___）

要保單位：_____ □重新投保

(一)基本資料 □變更(□加保；□投保計劃____)

主被保險人(員工/成員)姓名：	性別:	身分證統一編號:	出生年月日:	
地址(住所)：		聯絡電話:	婚姻狀況: □單身 □已婚	
部門別(任職公司)：	職位:	職業類別/等級: /	僱用日期:	

被保險人姓名							
與主被保險人(員工/成員)之關係	本　人						
性　　別							
身分證統一編號							
出生年月日							

(二)告知事項：被保險人注意事項：「被保險人告知事項」應由被保險人親自填寫並誠實告知，如有故意隱匿、或因過失遺漏或為不實的說明足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得解除被保險人資格，其保險事故發生後亦同。

職業及兼業(SN1)：工作內容(及兼業)							
身　　高(公　分)							
體　　重(公　斤)							

投保者，請回答下述第 1~7 項告知是否有為"是"之情事？.....□是 □否

1. 過去兩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. 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?
3. 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、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、塵肺症、肺結核、肝炎、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT值檢驗值有異常情形者)、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
   (2)心內膜炎、支氣管擴張症、肝內結石
4. 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、食道、胃潰瘍或出血、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、肺膿瘍、肺栓塞、(以下請由女性被保險人回答)乳漏症、陰道異常出血
   (2)十二指腸潰瘍或出血、氣喘、痛風、高血脂症、青光眼、白內障、(以下請由女性被保險人回答)乳腺炎、子宮內膜異位症
5. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害?
6. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?
7. 是否已確知懷孕? 如是，已經_____週?(女性被保險人回答)

綜合左述每一項問題中，如有告知為"是"，請註明被保險人姓名、問題號碼、詳述原因或疾病名稱、症狀、大約治療時間、地點及結果。健康檢查之原因、大約時間、地點、項目及結果。

要保人與被保險人向南山人壽保險公司聲明同意下列事項:

1.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。
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。
4. 若投保「南山人壽新團體傷害保險傷害醫療保險附約」：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南山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南山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，而南山人壽仍承保者，南山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南山人壽者，同意南山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。
5. 若投保「南山人壽醫療給付總限額團體健康保險」、「南山人壽新醫療給付團體健康保險-甲型」：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南山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南山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，而南山人壽仍承保者，南山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南山人壽者，同意南山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，但南山人壽應以「日額」方式給付。

【本加保約定書如有塗改，請於塗改處簽名】

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。)

本欄僅供核保人員使用	南山人壽使用欄
核保人員:　　日期:	□標準體承保 □加費件(次標準體) □拒保 □延期 □退件

一、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。
二、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。
三、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。

本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站(http：//www.nanshanlife.com.tw/)查閱，或電洽0800-020-060詢問，或至本公司各分支機構洽詢索取。總公司：台北市信義區莊敬路168號。

* G B 0 1 *
VER20140701
GRO329(50×650本 7-2014)
100P 模造・華