

# 遠雄人壽團體保險保險單

保單號碼：6000119669

要保單位：國立雲林科技大學

要保人：楊能舒  
(代表人)

地址：雲林縣斗六市大學路3段123號

被保險人：以要保單位所約定投保之被保險人

受益人：為被保險人本人。但身故保險金之受益人為法定繼承人。

保險內容：如保單內容

保險期間：中華民國109年08月01日零時至110年08月01日零時。

保險費之繳付：依半年繳方式繳付

(每半年每人保費 498 元 / 全年保費 996 元/人)

請檢閱本保險單：為維護貴單位及被保險人之權益，收到本保單後請詳細檢閱保險單條款，如有資料不符或任何疑義，請儘速向本公司查詢或辦理變更。

本公司承保上述團體保險，約定依本保險單所載保單條款事項辦理並依約負保險責任。

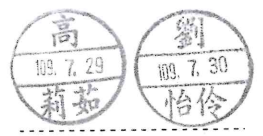
註1：自84年7月1日起，本保險費率依照財證部台財保第842028795號文規定處理已不含千分之五之保險業務發展基金。

註2：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。

註3：本保險商品為不分紅保單，不参加紅利分配，並無紅利給付項目。

驗

單



遠雄人壽  
保險事業股份有限公司

團體保險部主管

團體保險部經辦

中華民國一百零九年八月一日

# 遠雄人壽新星代團體保險要保書

 備查文號：民國 105 年 02 月 01 日  
 遠壽字第 1050002 號函

※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。

※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。

※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。

※本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目。

※本商品非存款商品，不受存款保險之保障。

※本商品為保險商品，依保險法及其他相關規定，受保險安定基金之保障。

※人壽保險之死亡給付及年金保險之確定年金給付於被保險人死亡後給付於指定受益人者，依保險法第一百十二條規定不得作為被保險人之遺產，惟如涉有規避遺產稅等稅捐情事者，稽徵機關仍得依據有關稅法規定或稅捐稽徵法第十二條之一所定實質課稅原則辦理。

※若欲查閱公司資訊公開說明文件，請至本公司網站：<http://www.fglife.com.tw>；消費者亦可親至本公司總公司或分支機構查閱，及索取書面資訊公開說明文件。

※遠雄人壽免費服務電話：0800-083-083

要保單位	國立雲林科技大學			保單號碼	6	0	0	0	1	1	9	6	6	9
負責人 (代表人)	楊能舒	承辦人	柯盈舟	統一編號	06195262									
地 址	□□□□□雲林縣斗六市大學路3段123號			傳 真										
電 話	05-5342601	參加保 險資格	<input checked="" type="checkbox"/> 具有學籍之學生、要保時所檢附之被保險人名冊內所記載之學生及實習教師。 <input type="checkbox"/>											
身故保險金 受 益 人	<input checked="" type="checkbox"/> 法定繼承人，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定(但已具名指定家屬者依其指定) <input type="checkbox"/> _____ (以家長、家屬、監護人為限) ※ 本人(要保單位)已知悉「身故保險金受益人」如係身份別之指定及本人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以本人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。													

※要保書填寫如有塗改，請要保單位於塗改處蓋章

投 保 險 種	保 險 金 額
遠雄人壽新星代團體保險 GBA	詳保障內容表
遠雄人壽新星代團體住院日額健康保險附加條款甲型 GBB	
遠雄人壽新星代團體手術健康保險附加條款乙型 GBF	
遠雄人壽新星代團體醫藥與 X 光健康保險附加條款丁型 GED	
遠雄人壽新星代團體骨折傷害醫療保險附加條款日額型 GBM	
遠雄人壽新星代團體意外門診傷害保險附加條款乙型 GBW	
遠雄人壽新星代團體特定重大疾病健康保險附加條款 GBX	
遠雄人壽新星代團體罹癌健康保險附加條款 GBH	
遠雄人壽新星代團體集體食物中毒傷害保險附加條款 GBJ	
以下空白	

遠雄人壽保險事業股份有限公司與要保單位雙方同意簽訂本要保書，並共同遵守與本契約有關之各項約定。本保險契約自遠雄人壽同意承保時成立。

此 欄 為 保險公司填寫	保險期間：自民國 109 年 08 月 01 日零時起 至民國 110 年 08 月 01 日零時止	繳 費 方 式	半 年 繳
-----------------	---	------------------	-------

※被保險人資料詳如被保險人名冊。

※茲向 貴公司要保上述保險，願遵守該保險契約條款之規定。

※要保書交予要保人填寫時，本公司招攬人員已出示合格銷售資格證件，並將保單條款樣本（影本）交付要保人簽收，供其審閱，並應提供投保人須知、要保書填寫說明供其參考。☒是

※業務員已清楚向要保人說明『履行個人資料保護法告知義務內容』之相關權利。☒是

#### 告 知 事 項

一、要保人及被保險人對於告知事項詢問，應據實說明，並親自填寫清楚，如為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，依保險法第六十四條規定，本公司得解除契約。保險事故發生後亦同。

二、被保險人中是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明（請勾選）。☒否 ☐是，請提供手冊或證明。

#### 聲 明 事 項

一、本人（被保險人）同意遠雄人壽保險事業股份有限公司（以下簡稱遠雄人壽）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。

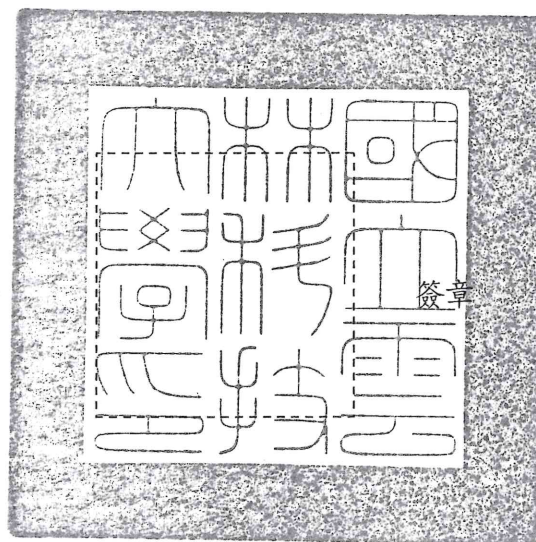
二、本人（被保險人、要保人）同意遠雄人壽將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。

三、本人（被保險人、要保人）同意遠雄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。

此致

遠雄人壽保險事業股份有限公司

要保單位：



負責人(代表人)：

校長楊龍舒 簽章

中華民國 109 年 8 月 1 日

業務員親簽 \_\_\_\_\_ 登錄證號碼 \_\_\_\_\_ 單位/代號 \_\_\_\_\_

業務員親簽 \_\_\_\_\_ 登錄證號碼 \_\_\_\_\_ 單位/代號 \_\_\_\_\_

保經/保代簽署人章



# 國立雲林科技大學

## 契約書

案號及契約號： CTL109008

案 名： 109學年度學生團體保險

契約金額： NTD 9,960,000元

得標廠商： 遠雄人壽保險事業股份有限公司

地 址： 台北市信義區松高路1號28樓

電 話： 02-27583099