

富采投資控股集團自費團體保險被保險人名冊

保單號碼：1007204 任職公司名稱：☐富采控股 ☒晶元光電 ☐隆達電子 ☐晶成半導體 ☐進康醫電 ☐嘉和半導體 ☐元豐新科技 ☐威邦投資 ☐主流照明 ☐漢威光電 ☐威力赫 ☐葳天

員工廠區：_____ 員工編號：_____ 員工姓名：_____ 身分證號：_____ 出生日期：民國_____年_____月_____日

家庭年收入：_____萬元 行動電話：_____ E-mail：_____ 通訊地址：_____

【填寫說明】☐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)

- 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.員工本人身故保險金受益人為依勞基法順位；眷屬身故保險金受益人為員工本人。
- 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.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。

項目	員工本人	配偶	子女	子女	父母	父母
被保險人親簽 (請以正楷填寫)		結婚年月日： _____				
身分證字號(居留證號碼)						
民國出生年月日						
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
國籍						
異動項目	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保
投保方案別	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案三 <input type="checkbox"/> 方案二 <input type="checkbox"/> 方案四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案四 <input type="checkbox"/> 方案二 <input type="checkbox"/> 方案五 <input type="checkbox"/> 方案三 <input type="checkbox"/> 方案六	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案三 <input type="checkbox"/> 方案二 <input type="checkbox"/> 方案四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案三 <input type="checkbox"/> 方案二 <input type="checkbox"/> 方案四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案三 <input type="checkbox"/> 方案二 <input type="checkbox"/> 方案四	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案三 <input type="checkbox"/> 方案二 <input type="checkbox"/> 方案四
※是否同意右方說明	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

住院醫療險實支實付轉換日額方案對照表

對象	實支實付型	轉換	日額給付型
配偶	方案一	➔	方案四
	方案二	➔	方案五
	方案三	➔	方案六
子女	方案一	➔	方案三
	方案二	➔	方案四
父母	方案一	➔	方案三
	方案二	➔	方案四

說明：住院醫療險投保商品整戶(配偶、子女、父母)需一致，倘本人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已達張數上限三張，本人同意保險公司依上述說明，整戶依上方「住院醫療險實支實付轉換日額方案對照表」轉換為日額給付型方案承保，。

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。	
	填寫日期：_____年_____月_____日	承辦人員	受理收訖章



富邦人壽

團體保險健康聲明書

文號：96.08.31 安俊精字第 96073 號函備查

110.12.01 富壽團險字第 1100005876 號函備查

員工/會員姓名：_____ 要保單位： **晶元光電股份有限公司** 保單號碼：_____

被保險人姓名 (員工或家屬)	被保險人 身分證字號	與被保險員工關係	性別	年齡	身高(公分)	體重(公斤)

被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？（請勾選，若勾選是者，請提供手冊或證明。） 否 ☐ 是 ☐

被保險人目前是否受有監護宣告？（請勾選，若勾選是者，請提供相關證明文件。） 否 ☐ 是 ☐

■針對下列題號 1~10 所詢問之所有問題。(被保險人如勾選否，則無需再於下方逐項勾選。) 否 ☐

壽險部份	<p>【下列壽險部份告知事項，是否有為“是”者？】</p> <p>1. 過去二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）</p> <p>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？</p> <p>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？</p> <p style="margin-left: 20px;">A. 高血壓症（指收縮壓 140mm 或舒張壓 90mm 以上）、狹心症、心肌梗塞、心肌梗厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。</p> <p style="margin-left: 20px;">B. 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。</p> <p style="margin-left: 20px;">C. 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 D. 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常（GOT、GPT 值檢驗值有異常情形者）。</p> <p style="margin-left: 20px;">E. 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 F. 視網膜剝離或出血、視神經病變。</p> <p style="margin-left: 20px;">G. 癌症（惡性腫瘤）。 H. 血友病、白血病、貧血（再生不良性貧血、地中海型貧血）、紫斑症。</p> <p style="margin-left: 20px;">I. 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。</p> <p style="margin-left: 20px;">J. 紅斑性狼瘡、膠原症。 K. 愛滋病或愛滋病帶原。</p> <p>4. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？</p> <p>5. 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？</p> <p style="margin-left: 20px;">A. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 B. 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。</p> <p style="margin-left: 20px;">C. 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 D. 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 E. 痛風、高血脂症。 F. 青光眼、白內障。</p> <p>6. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？</p> <p>7. 被保險人為女性時，請回答下列問題：</p> <p style="margin-left: 20px;">A. 過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？</p> <p style="margin-left: 20px;">B. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？…………… <input type="checkbox"/> 週</p>	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
健康險部份	<p>【投保健康險者(含重大疾病險、防癌險、醫療險) 除壽險部份告知事項需勾選外，請另回答以下告知事項】</p> <p>8. 除上述所列之疾病外，現在及過去一年內是否仍患有下列疾病？</p> <p style="margin-left: 20px;">A. 腦炎、腦膜炎、水腦症？</p> <p style="margin-left: 20px;">B. 複視、角膜疾病、葡萄膜炎、飛蚊症、梅尼爾氏症、內耳前庭神經炎、中耳炎、乳突炎、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、鼻息肉？</p> <p style="margin-left: 20px;">C. 肺炎、支氣管炎、肋膜炎、氣胸、咳血？</p> <p style="margin-left: 20px;">D. 胃炎、膽結石、膽囊炎、痔瘡、便血、急躁大腸症候群？</p> <p style="margin-left: 20px;">E. 泌尿系統結石、泌尿系統發炎、蛋白尿、血尿、骨盆腔發炎、攝護腺肥大 / 發炎、疝氣、陰道異常出血？</p> <p style="margin-left: 20px;">F. 骨折、關節炎、椎間板突出、坐骨神經痛、人工裝置物、子宮脫出、運動神經原疾病、痙攣、硬皮症？</p> <p style="margin-left: 20px;">G. 甲狀腺腫、蠶豆症、靜脈曲張、良性腫瘤？</p>	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>
傷害險部份	<p>【投保傷害險者請填寫】</p> <p>9. 在過去兩年內是否曾患有壽險部份粗體字加底線之疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？</p> <p>10. 目前身體機能是否有下列障害（請勾選）？</p> <p style="margin-left: 20px;">A. 失明。 B. 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 O. 三以下。 C. 聾。 D. 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。</p> <p style="margin-left: 20px;">E. 啞。 F. 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 G. 四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。</p>	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>

■上列問題中，若「是」，請註明問題號碼、病名、罹病時間、治療情形、醫院名稱及目前狀況於下：

■被保險人就上列告知事項應詳實告知，並應親自填寫，如違反誠實告知影響危險評估，依保險法第 64 條及第 25 條之規定，本公司得解除契約且無須退還所交之保費，保險事故發生後亦同，請特別注意。

■病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用告知暨同意事項：

本公司依個人資料保護法第八條規定向您告知，基於執行人身保險業務需要，於保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法規定之範圍內（包含轉送予與本公司有業務往來之再保險公司辦理核保或理賠業務），經您書面同意後，就您的病歷、醫療及健康檢查個人資料為蒐集、處理及利用。

個人資料利用之期間、地區、對象、方式：（一）期間：因執行業務所必須及依法令規定要求之期間。（二）對象：要保單位及其指定之資訊傳輸平台、本公司、本公司的委外服務或委外業務之廠商、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。（三）地區：上述對象所在地之地區。（四）方式：合於法令規定之蒐集、處理、國際傳輸及利用方式。

基於個人資料保護法之規定，您可以透過書面（包含電子郵件、傳真、電子文件）或致電本公司客戶服務專線(電話:0809-000-550)向本公司行使請求查詢、閱覽、製給複製本、補充更正、停止蒐集、處理、國際傳輸或刪除之權利。若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，本公司將無法提供您完善的人身保險服務。被保險人如同意本公司依上開告知事項蒐集、處理及利用您的病歷、醫療及健康檢查等個人資料，請於下方欄位簽名以示同意。

被保險人簽名	法定代理人 / 監護人 (被保險人未滿 20 足歲，需其法定代理人簽名。)			填寫日期
	簽名	身分證號碼	與被保險人關係	
				<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 年 月 日 </div>
單 位： _____ 保險經紀人／保險代理人： _____			要保單位蓋章	
業務人員簽名： _____ 執業證書編號： _____				
登 錄 字 號： _____				



* 0 1 1 0 X 1 0 3 0 0 0 *

■塗改處請被保險人務必簽名

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除上述說明書所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供 台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)，本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致

怡安保險經紀人股份有限公司

公 司 名 稱： 晶元光電股份有限公司

立同意書人簽名：_____

法 定 代 理 人 簽 名：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日