

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會  
115 年度醫師、醫師眷屬及員工自費團體保險加退保申請書

### A. 保單基本資料

保戶編號: D1758 保單號碼: GU00077897

### B. 投保規則/參加辦法

1. 加保: 自即日起至115/5/30止開放本年度自費加保申請, 於南山人壽同意承保後, 生效日為115/5/1零時(承接人員只需填寫「自費團體保險加退保申請書」, 新加保者則需填寫「自費團體保險加退保申請書」及「團體保險加保約定書」)。保單年度中, 醫師、醫師配偶、醫師子女(15歲以下子女限投保計畫八)、醫師父母(限醫師本人父母)、員工(限員工本人)可隨時加保, 經核保通過後以南山人壽收訖之次月1日零時生效。
2. 退保: 請填寫本申請書辦理退保, 被保險人資格自退保通知到達之次月1日零時喪失, 醫師喪失被保險人資格時, 醫師眷屬將同時喪失被保險人資格。一經退保, 僅得於年度開放投保申請時重新提出加保申請。年度續保時, 前一年度已向南山人壽投保本自費團體保險之有效被保險人, 如有不續保之意願, 請於續年度自費團體保險加退保受理期限前填寫本申請書通知南山人壽不續保。
3. 禁複保: 每位被保險人限投保一份(例如配偶、父母或兄弟姐妹同為本要保單位醫師/員工時, 不得再以眷屬身份重複加保或為醫師配偶、醫師本人父母、醫師子女重複投保)。
4. 生效: 新進醫師、醫師配偶、醫師子女、醫師父母(限醫師本人父母)、員工自費加保皆須填寫自費團體保險加退保申請書、團體保險加保約定書, 經核保通過後以南山人壽收訖之次月一日零時生效。若未通過核保, 該投保該身份別所有險種皆不予承保。
5. 承保年齡: 醫師、醫師配偶、員工首次投保需15足歲(含)以上, 75足歲(不含)以下, 最高承保至75足歲; 醫師父母(限醫師父本人母)首次投保需滿35足歲, 最高承保至80足歲; 醫師子女首次投保壽險、意外傷害保險需滿15足歲, 投保其他險種則需未滿26足歲, 最高承保至26足歲。
6. 受益人: 各項受益人約定依保險契約約定辦理。

#### 團體保險履行個人資料保護法告知義務及內容

南山人壽保險股份有限公司(下稱南山人壽)因訂立團體保險契約(以下稱本契約), 基於契約投保所需, 將對被保險人、法定代理人或輔助人所提供之個人資料進行蒐集、處理、利用, 謹依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項規定告知下列事項, 請詳閱:

##### 一、蒐集之目的

(001)人身保險、(059)金融服務業依法令規定及金融監理需要, 所為之蒐集處理及利用、(069)契約、類似契約或其他法律關係事務、(090)消費者、客戶管理與服務、(181)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。

##### 二、蒐集之個人資料類別

姓名、出生年月日、身分證統一編號(居留證號)、地址、國籍、家庭成員、聯絡電話(行動電話)、部門名稱、結婚年月日、保險細節、授權繳費之信用卡相關資料、病歷、醫療、健康檢查之個人資料, 及其他基於本契約所提供之個人資料。

##### 三、個人資料利用之期間、對象、地區、方式

(一)期間: 因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。

(二)對象: 要保單位、南山人壽、中華民國牙醫師公會同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、台灣票據交換所、財團法人聯合信用卡中心、招攬本契約之保險經紀人或保險代理人、業務委外機構、與南山人壽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、保險公司辦理台端身分驗證時之相關機關及機構。

(三)地區: 上述對象所在之地區。

(四)方式: 合於法令規定之利用方式。

##### 四、依據個資法第三條規定, 就南山人壽保有之個人資料得行使之權利及方式

(一)得向南山人壽行使之權利: 查詢、請求閱覽或請求製給複製本。請求補充或更正。請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二)行使權利之方式: 除以電話查詢個人資料或南山人壽另有規定外, 行使權利之方式以書面為之。如有疑問, 得與南山人壽免費服務專線 0800-020-060 聯絡, 南山人壽將協助處理相關請求。

##### 五、不提供個人資料所致權益之影響

若未能提供相關個人資料時, 南山人壽將無法辦理本契約投保事宜。

**社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會**  
**115 年度醫師、醫師眷屬及員工自費團體保險加退保申請書**

保戶編號: D1758      保單號碼: GU00077897

**C. 保險內容：**下表所載僅供參考，一切給付依保單條款為憑。

幣別:新臺幣元

保障內容/投保計畫	計畫一	計畫二	計畫三	計畫四	計畫五	計畫六	計畫七	計畫八
	醫師、配偶	醫師、配偶	醫師、配偶 子女、員工	醫師、配偶 子女、員工	醫師、配偶 子女、員工	醫師、配偶 子女、員工	醫師父母	子女 (15 歲以下)
團體一年期壽險	300 萬	300 萬	100 萬	100 萬	50 萬	----	----	----
團體一意外傷害保險	500 萬	500 萬	200 萬	200 萬	100 萬	100 萬	50 萬	----
重大燒燙傷保險金	意外傷害保險保險金額 25%							
團體	X	2,000 元	X	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元
住院		2,000 元		1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元
醫療		6 萬		3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬
保險		10 萬		5 萬	5 萬	5 萬	5 萬	5 萬
團體	4,000 元	2,000 元	2,000 元	2,000 元	2,000 元	X	X	X
癌症	2,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元			
醫療	6 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬			
保險	100 萬	50 萬	50 萬	50 萬	50 萬			
月繳保費	1,479 元/人	1,631 元/人	550 元/人	702 元/人	500 元/人	179 元/人	697 元/人	152 元/人

備註：

- 配合保險法規定，以未滿 15 足歲者或受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，其身故或喪葬費用之給付將受有相關限制，並依各該保險商品之保單條款約定辦理。
- 倘欲為未滿 15 足歲子女申請投保意外傷害保險者，南山人壽將累計核算未滿 15 足歲子女於南山人壽及其他保險業已投保之喪葬費用保險金額是否已達保險法第 107 條規定之限額(即遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半，以下簡稱「限額」)，並依核算結果辦理加保或通知不予承保。關於限額之計算說明如下，請特別留意：
  - 依「遺產及贈與稅法」規範，財政部於每年 12 月底前，應計算次年發生繼承案件所應適用之喪葬費扣除額後公告之，故各年度適用之喪葬費扣除額具變動性。
  - 如南山人壽檢視未滿 15 足歲被保險人之投保資料時，財政部尚未公告保障生效日應適用之喪葬費扣除額資訊，南山人壽將以保障生效日之前一年度所適用之喪葬費扣除額計算限額。倘財政部公告保障生效日應適用之喪葬費扣除額後，被保險人仍有限額缺口，您可視保障需求評估是否優先規劃補足該限額缺口，南山人壽不另行通知。
- 倘未滿 15 足歲子女本次僅「申請投保意外傷害醫療保險」，或本次雖有投保「意外傷害保險」，但於南山人壽及其他保險業已投保之喪葬費用保險金額仍未達限額者，可優先規劃補足未滿 15 足歲子女之限額缺口，如有為前述未滿 15 足歲子女補足限額缺口之需求，可洽南山人壽或您的業務服務人員。**

**社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會**  
**115 年度醫師、醫師眷屬及員工自費團體保險加退保申請書**

保戶編號: D1758      保單號碼: GU00077897

**D.加/退保表格**

醫院(診所)名稱: \_\_\_\_\_ 醫師/員工姓名: \_\_\_\_\_ 身分證字號: \_\_\_\_\_

聯絡電話: \_\_\_\_\_ 分機: \_\_\_\_\_ 行動電話: \_\_\_\_\_

被保險人明細: ◎書寫資料若有塗改,請在塗改旁簽名(本人簽名),以免退件。

◎(註1)非中華民國國籍者需於備註欄加註國籍資料及英文全名。

項目	醫師/員工	醫師配偶	醫師子女	醫師子女	醫師子女	醫師本人父母	醫師本人父母
被保險人親簽 (請以正楷填寫)							
未滿 18 足歲子女之法定代理人簽署							
身分證字號 (居留證號碼)							
出生年月日							
投保計劃別							
異動項目	<input type="checkbox"/> 加保	<input type="checkbox"/> 加保	<input type="checkbox"/> 加保	<input type="checkbox"/> 加保	<input type="checkbox"/> 加保	<input type="checkbox"/> 加保	<input type="checkbox"/> 加保
	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 退保
	<input type="checkbox"/> 變更	<input type="checkbox"/> 變更	<input type="checkbox"/> 變更	<input type="checkbox"/> 變更	<input type="checkbox"/> 變更	<input type="checkbox"/> 變更	<input type="checkbox"/> 變更
聯絡電話							
居住所郵遞區號							
地址							
備註*(註1)							
保險費(新臺幣)							

約定及注意事項:

**\*本人(被保險人)同意南山人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。**

\*本人(被保險人)同意向南山人壽加保本保險內容,並同意自本申請書所載之信用卡扣款授權人所授權之信用卡代為繳交應繳付之保險費。

\*本申請書需親簽之欄位,未滿七足歲者或其他無行為能力人,由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名;七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人,由本人及法定代理人簽名。

\*本人(被保險人、要保人)同意南山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。

\*本人(被保險人、要保人)同意南山人壽將本申請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。

\*本人(被保險人)於填寫本加保申請書時,已審閱南山人壽所提供之「團體保險履行個人資料保護法告知義務內容」。

\*南山人壽將會依「保險業招攬及核保理賠辦法」等相關規定,對被保險人進行財務核保暨生存調查、抽樣電訪、抽樣體檢等作業。

\*南山人壽對於本保單之上述被保險人保有最終承保與否之法定權。

\*本保險商品皆為團體一年定期保險,續保須經契約雙方議定,南山人壽不保證續保。

\*倘本次申請投保「含實支實付型保險給付、且保單條款已約定理賠申請時需檢附醫療費用收據正本」之商品者(以下簡稱本商品),本人(被保險人、要保人)知悉並確認招攬人員已充分說明下述保險權益,明確知悉所投保商品理賠原則:

本商品保險金之理賠須符合損害填補原則,意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用,故當受益人提出本商品理賠申請時,除需檢附醫療費用收據正本外,其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者,南山人壽僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

註:同性質保險商品:係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如:數張實支實付型傷害醫療保險為同性質,但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

**社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會**  
**115年度醫師、醫師眷屬及員工自費團體保險加退保申請書**

保戶編號: D1758      保單號碼: GU00077897

團體保險履行個人資料保護法告知義務及內容

南山人壽保險股份有限公司(下稱南山人壽)因訂立團體保險契約(以下稱本契約),基於契約投保所需,將對被保險人、法定代理人或輔助人所提供之個人資料進行蒐集、處理、利用,謹依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項規定告知下列事項,請詳閱:

**一、蒐集之目的**

(001)人身保險、(059)金融服務業依法令規定及金融監理需要,所為之蒐集處理及利用、(069)契約、類似契約或其他法律關係事務、(090)消費者、客戶管理與服務、(181)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。

**二、蒐集之個人資料類別**

姓名、出生年月日、身分證統一編號(居留證號)、地址、國籍、家庭成員、聯絡電話(行動電話)、部門名稱、結婚年月日、保險細節、授權繳費之信用卡相關資料、病歷、醫療、健康檢查之個人資料,及其他基於本契約所提供之個人資料。

**三、個人資料利用之期間、對象、地區、方式**

(一)期間:因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。

(二)對象:要保單位、南山人壽、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、台灣票據交換所、財團法人聯合信用卡中心、招攬本契約之保險經紀人或保險代理人、業務委外機構、與南山人壽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、保險公司辦理台端身分驗證時之相關機關及機構。

(三)地區:上述對象所在之地區。

(四)方式:合於法令規定之利用方式。

**四、依據個資法第三條規定,就南山人壽保有之個人資料得行使之權利及方式**

(一)得向南山人壽行使之權利:

查詢、請求閱覽或請求製給複製本。請求補充或更正。請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二)行使權利之方式:除以電話查詢個人資料或南山人壽另有規定外,行使權利之方式以書面為之。如有疑問,得與南山人壽免費服務專線 0800-020-060 聯絡,南山人壽將協助處理相關請求。

**五、不提供個人資料所致權益之影響**

若未能提供相關個人資料時,南山人壽將無法辦理本契約投保事宜。

**※本自費保險一律採信用卡扣款,倘連續扣款二次不成功,則保險不生效力。**

授權人(持卡人) <b>*限員工本人或被保險人之一*</b> 姓名/身分證字號 「※授權人姓名請以正楷填寫」	姓名: _____ ID: _____	信用 卡別	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> JCB 1. 恕不受理以美國運通卡、簽帳金融卡(Debit Card)、非本國銀行發行之信用卡(國外卡)繳納保險費。 2. 信用卡繳費無折扣
信用卡卡號	_____ - _____ - _____		
信用卡有效期限	至 _____ 月 _____ 年(西元)		
授權人(持卡人)簽名 *本授權人同意繳交之金額為本申請書所載所有被保險人合計之應繳總保險費	(此簽名樣式應同信用卡簽名)	簽署 日期	

**【保險費之繳納及信用卡付款授權約定條款】**

- 授權人同意自上表所載信用卡扣繳交本申請書所載員工及其眷屬應繳付之保險費(含續保保險費),如連續二次保險費請款不成功,員工及其眷屬投保部分不生效力。
- 若上表所載信用卡有效期限因重新發卡而有變動時,請通知南山人壽以利保險費之收取,如未接獲您的通知,南山人壽將自動展延,以維護您的權益。
- 上表所載信用卡因毀損滅失、有效期間屆滿續卡等情形而更換新卡,但未更換卡號者,無論開卡與否,本授權之效力並不因此而受影響。
- 上表所載信用卡之簽名樣式變更時,本授權之效力不因此而受影響。
- 本授權生效後,除有終止授權外,將持續有效;因要保人辦理契約變更而致本申請書所載員工及其眷屬應繳付之保險費變動時,本授權之效力不受影響。

6. 依上表之授權所收取之保險費如因未承保、取消投保、誤扣或溢繳之情形，經南山人壽查證屬實者，要保人及授權人同意南山人壽得將未承保、取消投保、誤扣或溢收之保險費返還。
7. 南山人壽受領保險費後，因有授權上之瑕疵致使授權不生效力或有授權終止之情事者，員工應於南山人壽通知期限內繳足應繳保險費，逾期未補足者，視為保險費未繳，員工及其眷屬投保部分不生效力。

## E. 員工本人及要保單位簽署

(員工本人)\_\_\_\_\_ 親簽

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

---

要保單位及負責人簽章

**(應與原要保書所蓋之印鑑相同)**

**提醒您，請於簽署完成後，再次確認上述各欄位資料皆已填妥且正確無誤，如有問題請與保經服務人員聯絡，謝謝您。**