

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: **牙醫診所 醫師/員工姓名: 王大明 身分證字號: A111*****

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)	王大明	張小華					
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)	A111****	A222****					
出生年月日	70.01.01	73.02.02					
投保計劃別	計劃二	計劃二					
異動項目	<input checked="" type="checkbox"/> 加保	<input checked="" 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	0911*****	0933*****					
居住所郵遞區號	104	104					
地址	台北市中山區*****						
備註*(註1)							
保險費(新臺幣)	1631	1631					

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) *限員工本人或被保險人之一* 姓名/身分證字號 「※授權人姓名請以正楷填寫」	姓名: <u>王大明</u> ID: <u>A111****</u>	信用 卡別	<input checked="" 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	<u>0001 _0002 _11111 _1112</u>		
信用卡有效期限	至 <u>02</u> 月 <u>28</u> 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) <u>王大明</u>	簽署 日期	<u>115/**/**</u>

【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) 王大明 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。