

元大人壽團體保險要保書

106年10月16日元壽字第1060002813號函備查

109年1月1日元壽字第1080003587號函備查

(此欄要保單位請勿填寫)

保單號碼				
保險期間	自民國	年	月	日零時起
	至民國	年	月	日零時止

要保單位指定保險生效日:(須為本公司受理日之後)			
民國	年	月	日零時起

※基本資料及要保事項:

要保單位名稱			統一編號	
負責人		承辦人	電話	
電子郵件			傳真	
要保單位地址	營業登記地址: □□□			
	通訊地址: □同上 □□□			
營業性質			職災編號	
繳費方法	<input type="checkbox"/> 年繳; <input type="checkbox"/> 半年繳; <input type="checkbox"/> 季繳; <input type="checkbox"/> 月繳; <input type="checkbox"/> 短期: 月 天		被保險人	詳「團體保險被保險人名冊」
投保內容	詳「附表:投保計劃」,如投保專案計劃請填寫專案名稱()			

受益人	1. 身故保險金或喪葬費用保險金受益人: <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 填寫受益人之聯絡地址及電話 ※受益人如係分別之指定或要保單位不同意填寫受益人之聯絡地址及電話,則以要保單位最後所留之聯絡方式,作為日後身故保險金受益人或喪葬費用保險金之通知依據。請依下列型別,擇一勾選: <input type="checkbox"/> 型別1: 依勞動基準法所規定受領被保險人死亡補償之遺屬及順位。 <input type="checkbox"/> 型別2: 依民法繼承編所規定被保險人之法定繼承人及順序。 <input type="checkbox"/> 型別3: 依右列順序決定受領順序: 被保險人戶籍登記之 1) 配偶 2) 子女 3) 父母 4) 兄弟姐妹 5) 祖父母。 <input type="checkbox"/> 型別4: 由各被保險人填寫其他約定書用以指定身故保險金或喪葬費用保險金受益人。 ※型別1、型別2依相關法規辦理;型別3若同一順序受益人有數人時,本公司按其人數平均給付身故保險金或喪葬費用保險金;型別4身故保險金或喪葬費用保險金受益人以被保險人的家屬或其法定繼承人為限。 ※本公司「元大人壽團體職業災害給付保險」之身故保險金或喪葬費用保險金受益人,按保單條款之定限依勞動基準法遺屬順位決定之,本公司不受理指定及變更。 2. 失能保險金或醫療保險金受益人為被保險人本人,本公司不受理指定及變更。
-----	--

※若投保傷害保險契約或健康保險契約時,於該契約之被保險人非因約定之保險事故而致該保險契約效力終止時,本公司應依保單條款規定退還該保險契約之未到期保險費。

※聲明事項:

- 本人(被保險人)同意元大人壽保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)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。
- 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。
- 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。
- 實支實付型傷害醫療保險適用: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貴公司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貴公司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,而貴公司仍承保者,貴公司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貴公司者,同意貴公司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。
- 實支實付型醫療保險適用: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貴公司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貴公司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,而貴公司仍承保者,貴公司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貴公司者,同意貴公司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,但貴公司應以「日額」方式給付。

※注意事項:

- 本要保單位已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。銷售人員已確實告知上述情事。
- 本要保單位於投保前已收到「保險單條款樣本」、「投保人須知」、「要保書填寫說明例示」及「個人資料蒐集、處理、利用告知事項」。是 否

※警語:

- 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。
- 元大人壽保險股份有限公司資訊公開說明文件,依法登載於公司網站<<http://www.yuantalife.com.tw>>供大眾查閱下載,或可電詢0800-088008。



要保單位暨負責人簽章			
<div style="border: 1px dashed black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 5px;"></div>			
申請日期	民國	年	月 日

保險業務員/經紀人/代理人填高欄 【執業之保險經紀人或保險代理人為業務招攬時,請於業務人員欄簽名】	
業務員簽名:	/
登錄字號:	/
【執業證號】	/
連絡電話/手機:	/
保代/保經簽署人章	總公司受理章



N00254



GP-202001035

元大人壽團體保險要保書

附表：投保計劃

投保計劃內容：

計劃別/ 區分標準說明 險種	計劃	計劃	計劃	計劃	計劃	計劃
團體一年定期壽險(GTL)	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元
團體傷害保險(GPA)	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元
團體傷害保險重大燒燙傷保險金附加條款(GAM)	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元
團體新意外傷害醫療保險附約(GMS)	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元
團體意外傷害住院日額保險附約(GMI)	元/日	元/日	元/日	元/日	元/日	元/日
團體新一年定期健康保險(GHT)	附加	附加	附加	附加	附加	附加
每日住院費保險金限額	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元
醫院各項雜費保險金限額	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元
每日醫師診查費保險金限額	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元
外科手術費保險金限額	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元
團體一年定期癌症健康保險(GCL)	附加	附加	附加	附加	附加	附加
初次罹患癌症保險金額	<input type="checkbox"/> 萬元	<input type="checkbox"/> 萬元	<input type="checkbox"/> 萬元	<input type="checkbox"/> 萬元	<input type="checkbox"/> 萬元	<input type="checkbox"/> 萬元
癌症住院醫療保險金日額	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元
癌症手術治療保險金額	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元
癌症死亡保險金額	<input type="checkbox"/> 萬元	<input type="checkbox"/> 萬元	<input type="checkbox"/> 萬元	<input type="checkbox"/> 萬元	<input type="checkbox"/> 萬元	<input type="checkbox"/> 萬元
癌症出院後療養保險金日額	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元
癌症門診醫療保險金額	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元
癌症化學或放射線治療保險金日額	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元

團體保險被保險人名冊



N00253

保單號碼：_____

要保單位：_____

部門名稱	被保險成員姓名	被保險人							*被保險人為外籍人士請加註性別/國籍	投保職災險填寫		
		員工編號	身分證字號(居留證號)	姓名(親簽)	與被保險成員關係	身分證字號(居留證號)	出生(民國)年月日	投保計劃別		工作內容	職稱	實際薪資
						/ /				<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		
						/ /				<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		

聲明事項：

- 本人(被保險人)同意元大人壽保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)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。
- 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。
- 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。
- 實支實付型傷害醫療保險適用：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貴公司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貴公司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，而貴公司仍承保者，貴公司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貴公司者，同意貴公司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。
- 實支實付型醫療保險適用：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貴公司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貴公司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，而貴公司仍承保者，貴公司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貴公司者，同意貴公司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，但貴公司應以「日額」方式給付。

要保單位聲明：

- 上列被保險人均符合所約定的投保資格。
- 上列被保險人經 貴公司核保同意認可後其保險始生效力，且 貴公司有權依核保結論直接在本名冊上修改或刪除。

申請日期：民國 年 月 日

要保單位章 負責人章

要保單位確認書(團體保險適用)

要保人(要保單位)於投保前確認以下事項：

- 一、本要保人(要保單位)確於主管機關辦理設立登記。
- 二、本要保人(要保單位)已確實瞭解所繳交保險費係用以購買保險商品。
- 三、本要保人(要保單位)已確實瞭解所投保險種、保險金額及保費支出與實際需求具相當性。
- 四、被保險人確為要保人(要保單位)之保險成員或家屬。
- 五、本要保人(要保單位)已知悉投保目的、需求及相關保險內容並使被保險人知悉。
- 六、被保險人之投保內容及保費並無顯不相當之情形。

此致

元大人壽保險股份有限公司

要保人(要保單位)：

(蓋章)

負責人／代表人：

(蓋章)

中華民國

年

月

日



初填 異動

一、法人/團體基本資料

名稱：_____ 統一編號：_____

公司註冊地址：_____

公司營業地址： 同公司註冊地址 _____

設立之相關文件： 公司章程 公司變更登記事項卡 其他 _____

是否可發行股票： 是 否 是否已發行無記名股票： 是 否

高階管理人（負責人、董監事、總經理、財務長或具相當類似職務之人）：

職稱/身分	姓名	國籍	證照號碼	出生日期

二、法人/團體身分類型

具右列身分之一者：
第(4)

1. 我國政府機關。
2. 我國公營事業機構。
3. 外國政府機關。
4. 我國公開發行公司或其子公司。
5. 於國外掛牌並依掛牌所在地規定，應揭露其主要股東之股票上市、上櫃公司及其子公司。
6. 受我國監理之金融機構及其管理之投資工具。
7. 設立於我國境外，且所受監理規範與防制洗錢金融行動工作組織（FATF）所定防制洗錢及打擊資助恐怖主義標準一致之金融機構，及該金融機構管理之投資工具。（須檢附該金融機構防制洗錢作業規章或出具 AML 聲明書）
8. 我國政府機關管理之基金。
9. 員工持股信託、員工福利儲蓄信託。

非上述身分類型，續填第三點

三、請依如下順位填寫對法人/團體有最終控制權之自然人或擔任高階管理職位之姓名及其身分證明資訊：

（投保傷害保險、健康保險或不具有保單價值準備金商品者，可免填本問項）

(順位一)持有股份或資本超過 25%之自然人（請檢附股東名冊或其他證明文件） 其他 _____

(順位二)透過其他方式對該法人行使控制權之自然人

(順位三)高階管理職位(如負責人、董監事、總經理) ※如確認無順位一者，請續填順位二，以此類推。

職稱/身分	姓名	國籍	證照號碼	出生日期	持股比例	備註

※上開實際受益人之資料如有更新者，請主動通知本公司，以確保內容之正確。

法人/團體簽章：_____ 填寫日期：_____年_____月_____日

※本人於招攬時已確實檢視相關身分證明資料，並確認上述各項填載資料均真實無誤。

業務員簽名：_____ 填寫日期：_____年_____月_____日 銷售通路受理章：_____



團體保險業務代表報告書

要保單位名稱		保單號碼	
團險計劃		預估年繳保費	新台幣 元

一、要保人資料

1. 要保人(要保單位)主要營業項目: _____
2. 要保人(要保單位)財務狀況:
 - 營利團體, 資本額: _____ 年營業額: _____
 - 非營利團體, 年營運收入: _____ 來源: _____
3. 要保人(要保單位)是否投保其他商業保險? 否 是, 請說明 _____

二、被保險人資料

1. 參加本保險之被保險成員人數共: _____ 人; 未全員參加時, 原因: _____
2. 被保險人平均工作年收入(含其他收入)? 50萬元以下 51萬-100萬元 101萬元以上 其他: _____

三、瞭解要保人、被保險人之投保目的及保險需求(可複選)

- 員工福利制度需求 轉移雇主法定責任風險 保障 其他: _____

四、招攬經過:(單選)

- 既有客戶 親友公司 推薦介紹 陌生拜訪 主動投保 職團開拓 其他 _____

五、身分確認

1. 本人(業務員)是否親自拜訪要保人(要保單位)?
 - (1) 營業項目與要保書說明是否相符?
 - 是, 營業項目相符, 且正常營業中。 否, 現場營業項目為: _____
 - (2) 不曾親自拜訪, 原因: _____
2. 是否於招攬時確認要保人(要保單位)合格登記資格證明?
 - (1) 是, 營業執照(統一編號: _____) 稅籍編號: _____
 - 其他設立或登記證照(統一編號: _____ 證照種類: _____)
 - (2) 沒有辦理任何登記, 原因: _____ (請提供負責人身份證影本查核)
3. 身故保險金受益人, 以被保險人家屬或法定繼承人為限。
4. 本保單之規劃是否已確實了解要保人及被保險人之投保目的, 綜合考量保戶之保險需求、收入、職業、財務狀況, 評估其投保險種、保險金額及保險費支出與其實際需求具相當性..... 是 否
5. 招攬時, 是否已確認要保人已確實瞭解其所繳交保險費係用以購買保險商品..... 是 否
6. 招攬時, 是否已考量要保人及被保人之保險需求, 不得僅以理財、節稅作為招攬之主要訴求..... 是 否
7. 保險費之資金來源(可複選): 營業收入 投資收入 租賃收入 薪資 退休金 保單解約金 貸款或保險單借款 其他 _____
8. 要保人、被保險人於投保前三個月內是否有辦理終止契約、貸款或保單借款之情形?
 - 否 是, 請說明 _____

本報告書上述詢問事項, 本人(業務員)及本人所屬主管、代理人/經紀人之簽署人均已確認審視, 內容屬實無誤, 特此聲明

分支代號	保險業務員/經紀人/代理人填寫欄 【執業之保險經紀人或保險代理人為業務招攬時, 請於業務人員欄簽名】		業務單位名稱 保經/保代簽署人章	業務單位/經代公司 受理章	元大人壽 受理章
	業務員姓名	業務員姓名			
	登錄字號/執業證號	登錄字號/執業證號			

中華民國 年 月 日