

入會申請書

會員編號：_____

會員姓名		身分證字號											如何知道本會 ☐ 網路資訊 ☐ 同業介紹 ☐ 親友介紹 ☐ 本會會員 ☐ 其他 【 】	
出生年月	年	月	日	入會日期	年									月
聯絡電話	日間 (公司)	()			夜間 (住宅)	()								
	手機				傳真	()								
戶籍地址	縣(市) 市(區)(鄉)(鎮) 里 鄰													
	路(街) 段 巷 弄 號 樓													
繳款單通訊 地 址	縣(市) 市(區)(鄉)(鎮) 里 鄰													
	路(街) 段 巷 弄 號 樓													
E-MAIL														
服務單位	1. 授課科目：													
	2. 授課科目：													
投保薪資	勞保： 元		健保： 元		加保生效日		年 月 日							
附 加 眷屬健保	欲加保子女需未滿 20 歲，若超過 20 歲需具學生身分並附學生證影本(如不需加眷屬健保請勿填寫)													
眷屬姓名	身分證字號			出 生 日 期			關 係			備 註				
				年 月 日										
				年 月 日										
				年 月 日										
				年 月 日										
				年 月 日										
身份證正面浮貼 (辦理勞、健保專用)					身份證背面浮貼 (辦理勞、健保專用)									

切 結 書

具切結書人_____屬無一定雇主或自營作業者從事升學補習教學之人員，願加入本會為會員且遵守本會章程，並委託本會辦理勞工保險、健康保險(含眷屬)，按時繳納會費、勞保費、健保費，加保時無帶病投保或詐取勞保給付之行為，若有違返勞工保險條例之規定，因而產生拒付保險給付或被取消加保資格時，本人願意承擔一切之責任，概予工會無關。若繳費延遲致產生勞、健保滯納金本人自願負擔。絕無異議。特此聲明。

此 致

新北市升學補習教學人員職業工會

立切結書人：_____年 月 日

※要保人可透過本公司免費服務電話(0800-010850)、網站(https://www.south-china.com.tw)或總、分公司及其他分支機構查閱公開資訊文件。
※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。
※本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。 ※本商品受保險安定基金之保障。

華南產物團體保險 被保險人投保申請書暨健康告知書

112.05.30(112)華產企字第153號函備查

保單號碼： 批單號碼： 要保人(要保單位)： 加保日期： 年 月 日

被保險人姓名	身份證字號	☐ 男 ☒ 女	出生日期	年 月 日
被保險人地址	行動電話			
身故保險金 受益人 (若未指定則以法定繼承人順序定之)	姓名/關係	聯絡地址	電話	投保 身份 ☐ 員工本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 (被保險人為配偶、 員工姓名 子女、父母時加填)
工作內容	職業 等級	保障內容 (投保計劃)	保險費	元
被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? ☐ 是, ☐ 否 如勾選是者, 請提供相關證明文件。				

【被保險人告知事項】：本人於訂立本契約時，對於貴公司要保書面詢問的告知事項均已據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少貴公司對於危險的估計者，貴公司得解除契約；其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。

傷害保險	(一)過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥? ----- ☐ 是 ☐ 否 如是，請說明： A、高血壓（指收縮壓 140 mmHG，舒張壓 90 mmHG 以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。B、腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙（外表無法明顯判斷者）、精神病、巴金森氏症。C、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。D、糖尿病。E、酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。F、視網膜出血或剝離、視神經病變。 (二)被保險人目前身體機能是否有下列障害?(請勾選)----- ☐ 是 ☐ 否 如是，請說明： 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，且一日視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表 0.3 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。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。
健康保險	(一)被保險人目前之身高 _____ 公分 / 體重 _____ 公斤。 (二)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)--- ☐ 是 ☐ 否 如是，請說明檢查時間、原因、項目及結果： (三)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? ----- ☐ 是 ☐ 否 (四)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? ----- ☐ 是 ☐ 否 A、高血壓症(指收縮壓 140mmHg 或舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 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。 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(GPT、GOT 值超過 40u/L 以上)。 E、腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊腫。 F、視網膜剝離或出血、視神經病變。 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。 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。 J、紅斑性狼瘡、膠原症。 K、愛滋病或愛滋病帶原。 (五)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? ----- ☐ 是 ☐ 否 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。 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。 G、乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人回答)。 (六)目前身體機能是否有失明、聾啞或言語、咀嚼、四肢機能障害? ----- ☐ 是 ☐ 否 (七)過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上? ----- ☐ 是 ☐ 否 (八)是否已確知懷孕?如是，已經幾週?(女性被保險人回答) ----- ☐ 是 ☐ 否 『告知事項補充說明』：前列問題(三)~(八)中，告知為「是」者，請註明題號並詳述病名、原因、大約罹病時間、就診醫院、治療之方式、大約就診期間、地點及結果：

【要(被)保險人聲明事項】

(一) 本人(被保險人)同意華南保險得蒐集、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)同意華南保險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)同意華南保險就本人之個人資料，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。

被保險人簽名： 法定代理人簽名： 要保人(要保單位) / 負責人簽章： 簽章日期： 年 月 日
(被保險人未滿 7 足歲者，由法定代理人代為簽名；7 足歲(含)以上者，請由本人親自簽名) (要(被)保險人未成年者需由法定代理人簽名)

專案名稱 / 代號	保 源 代 號	通路欄位			華南保險欄位	
		實駐代號	業務員親簽 / 業務員登錄證字號	保經代簽署人簽章	業 務 員	經 手 人

主管： 再保： 核保： 助理： 校對： 輸入： 通路聯絡人：