



團體一年定期保險要保書(GL版)

受理欄(請由業務行政助理加蓋受理章)

印製日期: 2016年09月版
105.9.26(105)南壽核字第111號函備查

茲要保下列單位員工(成員)及其家屬之團體保險:

要保人: (以下稱要保單位) 保戶編號:
地址: () 保單號碼:
郵遞區號 統一編號:
電話/傳真: / 承辦人:

- 一、保險期間: 自民國 年 月 日 零時 午夜12時起一年。
二、投保資格與條件(被保險人之投保資格與條件,於契約有效期間須持續存在):
(1)契約生效日已於要保單位服務之受薪員工及其家屬均可於是日依參加手續參加投保。
(2)契約生效日已於要保單位取得被保險成員及其家屬資格者均可於是日依參加手續參加投保。
三、保險費自契約始期按 年 半年 季 月 繳付。
四、投保內容: 詳附表。
五、續保日期: 每年 月 日
六、繳費日期: 第一期保險費應於中華民國 年 月 日繳付。
七、保費分擔辦法: 員工/成員部份-要保單位負擔 %, 家屬部份-要保單位負擔 %。
八、要保人申請附加「南山人壽團體保險身故保險金或喪葬費用保險金受益人指定及變更批註條款」並選擇「南山人壽團體保險身故保險金或喪葬費用保險金受益人指定及變更批註條款」中下列型態:
甲型: 依右列順序決定本契約之受益人: 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
乙型: 依勞動基準法所規定受領被保險人死亡補償之遺屬及順序決定本契約之受益人。
丙型: 依民法繼承編所規定被保險人之法定繼承人及順序決定本契約之受益人, 受益人應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。
因上列型態均係以身分別指定身故保險金受益人, 故以上列型態之一指定身故保險金受益人者, 則以要保人最後所留之聯絡方式, 作為日後通知身故保險金受益人之依據。
倘另行指定身故保險金受益人者, 請填寫身故保險金受益人、聯絡地址及電話, 如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫之情形, 則以要保人最後所留之聯絡方式, 作為日後通知身故保險金受益人之依據。

被保險人姓名: 身故保險金受益人姓名/身分證統一編號/與被保險人關係: 身故保險金受益人聯絡地址及電話: 不同意填寫 同意填寫, 指定地址/電話如下:

※本批註條款適用條件及詳細內容依保單條款記載為準, 且不適用於「南山人壽團體職業災害給付保險」。

- 九、請問被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險(請勾選): 是, 否。
請問被保險人是否已投保其他商業實支實付型醫療保險(請勾選): 是, 否。
十、其他: 健康保險契約之被保險人非因契約約定之保險事故而致保險契約效力終止時, 本公司應退還未到期保費予要保人。
投保「南山人壽團體傷害保險除外責任批註條款」者, 因「戰爭(不論宣戰與否)、內亂及其他類似的武裝變亂」及「因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染」導致的保險事故亦屬本批註條款所批註商品之保險範圍, 惟其保險金之給付最高以新臺幣二百萬元為限。
配合保險法第107條及第135條規定, 被保險人於投保時為精神障礙或其他心智缺陷, 致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者, 其身故保險金部分(不論其給付名目)均變更為「喪葬費用保險金」, 並依本契(附)約有關「身故保險金或喪葬費用保險金」約定辦理。

本要保單位聲明同意下列事項:

- 1. 本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本要保書上載本人資料轉送產、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。
2. 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。
3. 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南山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南山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, 而南山人壽仍承保者, 南山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南山人壽者, 同意南山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。
4. 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南山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南山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, 而南山人壽仍承保者, 南山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南山人壽者, 同意南山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, 但南山人壽應以「日額」方式給付。

◎本要保單位茲收到 貴公司「要保書填寫說明」、「保單契約條款樣本」、「投保人須知」及「團體保險履行個人資料保護法告知義務內容」各乙份... 是 否

申請日期: 中華民國 年 月 日

業務員/保險經紀人/保險代理人簽名/保經或保代簽署人簽章

業務員代號/通訊處/區(組):

業務員登錄字號: 保經或保代執業證照編號: 要保單位及負責人簽章

◆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。◆本公司財務及業務等公開資訊, 歡迎至本公司網站(http://www.nanshanlife.com.tw/)查閱, 或電洽 0800-020-060 詢問, 或至本公司各分支機構洽詢索取。總公司: 台北市信義區莊敬路168號。



GA01



VER0031609L



附 表

保單號碼： _____ 投保內容及 _____ 繳保險費率表 (金額單位：新台幣)

險 種 名 稱	投 保 內 容	保 險 費 率



GA01





南山人壽

經驗分紅計算暨相關約定

簽發日期：民國_____年_____月_____日

保戶編號：_____

保單號碼：_____

要保單位：_____

一、要保單位同意自民國_____年_____月_____日至民國_____年_____月_____日止，要保單位向南山人壽保險股份有限公司(下稱南山人壽)投保之上揭團體保險(下稱本契約)，其保單條款所定之經驗分紅計算公式，相關數值如下：

$$R = K \times (T - E - C) - C'$$

K : 分紅率(註)

T : 當年度合併計算經驗退費之應收總保費

E : 保險公司稅捐、行政管理及其他各項費用

C : 當年度發生之理賠金額

C' : 累積虧損

註：本經驗分紅計算公式於上揭期間內持續有效，K值(即分紅率)=0，往後續保保單年度之經驗分紅計算公式如有任何異動將重新出具「經驗分紅計算暨相關約定」文件。

二、要保單位同意本契約合併計算經驗退費之保險商品，為本契約要保書所列含有經驗分紅條款之保險商品。

三、本經驗分紅計算暨相關約定一式二份，由要保單位及南山人壽各持乙份留存。

要保單位及負責人簽章



要保明細表

投保始期：民國 年 月 日 零時起

Table with columns: 員工本人姓名, 被保險人姓名, 身份, 國籍, 被保險人ID, 出生日期, 投保項目, 投保計畫, 英文投保證明(註). It contains 12 rows of data for different insured persons.

- 1.本保險商品皆為團體一年定期保險，續保須經雙方議定，南山人壽不保證續保。
2.所有申請加保於本保單之被保險人(含保單生效後加保者)，南山人壽對於包括但不限於下列情形，將依投保內容及其他相關資訊進行核保審查，並保留最終承保與否之決定權。
(1)非一定雇主之員工團體。
(2)非全日正常在職之受薪員工。
(3)未於主管機關辦理登記之團體。
3.非中華民國國籍者請於國籍欄加註國籍資料及英文全名。
4.「國際支援服務對象」限被保險人本人，適用於自離開台灣、澎湖、金門、馬祖之出境期間停留不超過180日。「代墊住院醫療費用服務」提供美金5,000元以內之住院醫療費用之擔保/墊付。詳細辦法歡迎至南山人壽企業網站 http://www.nanshanlife.com.tw 參閱「國際支援服務辦法」；各項服務仍以本公司網頁公告內容為準。

註：申請英文投保證明，請注意以下事項：
a.填寫投保始期。
b.勾選取得方式□郵寄要保公司轉交□交業務員轉交□E-mail。
c.請填寫「護照英文姓名」及「護照號碼」。

要保單位及負責人簽章： [Signature Area]

日期：中華民國 年 月 日



南山人壽

南山人壽保戶權益確認書（團體保險專用）

感謝您對南山人壽保險股份有限公司的支持，為維護您的權益，並使南山人壽保險股份有限公司瞭解您的保險適合度，以提供符合您實際需求的保險商品，請您配合確認下列各事項：

1.	要保單位已確實瞭解所繳交之保險費係用以購買保險商品。
2.	要保單位與被保險人已確實瞭解所投保險種、保險金額及保險費支出符合自身的投保目的及與實際需求相當。
3.	要保單位與被保險人投保時，已確認所提供之相關基本資料（公司統一編號、營業事業登記證等）與要保書及要保文件上所載之資料一致。
4.	要保單位與被保險人投保時，確實係由要保單位檢視要保書及相關要保文件之內容後，親自簽署所有文件，且受益人之指定確經被保險人同意，並同意投保。
5.	若本保單為全額自費保單，並確認： (1). 本保險成員均為自行全額負擔保費 (2). 本保險之被保險人均為要保單位所屬成員，皆有投保意願。

保戶編號：

保單號碼：

要保單位：

要保單位 及 負責人簽署：_____

通訊處：_____

業務員簽名：_____

保代／保經

簽署章：_____

業務員簽名：_____

日期：中 華 民 國 年 月 日

南山人壽保險股份有限公司

【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（下稱本保險公司）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 台端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、第八條第一項及第九條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱並務必轉告具備被保險人資格之員工(成員)暨其從屬被保險人：

一、蒐集之目的：

(一)本保險公司：

1. 00— 人身保險
2. 0六九契約、類似契約或其他法律關係事務
3. 0九0消費者、客戶管理與服務
4. 一八一其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

(二)本要保單位：00二人事管理

二、蒐集之個人資料類別：

姓名、出生年月日、身分證統一編號（或護照號碼或居留證號）、國籍、家庭成員、聯絡方式、僱主、工作職稱(職級)、投保薪資、病歷、醫療、健康檢查之個人資料，詳如相關要保文件內容。

三、個人資料之來源

(一)要保單位

(二)台端之法定代理人、輔助人

四、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：本要保單位、本保險公司、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、招攬本契約之保險經紀人或保險代理人、業務委外機構、與本保險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：上述對象所在之地區。

(四)方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定，台端就本要保單位及本保險公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：

(一)得向本要保單位及本保險公司行使之權利：

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

(二)行使權利之方式：書面。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端若未能提供相關個人資料時，本要保單位將無法為 台端向本保險公司投保本契約。不同意者，請向本要保單位提交聲明書，聲明放棄本契約投保權利。

業務員招攬南山人壽團體保險報告書

※請詳實確認第一~四大項之勾選及填寫，倘因缺漏而需照會，將影響保單核發之效率※

保單號碼		要保單位(要保人)																	
要保單位聯絡電話		要保單位地址																	
一、招攬經過： 1) 本保單係因何種關係招攬而來？(請勾選主要關係) <input type="checkbox"/> 個人險客戶的公司/個人險客戶介紹 <input type="checkbox"/> 以前服務的公司 <input type="checkbox"/> 團險客戶介紹 <input type="checkbox"/> 陌生開發 <input type="checkbox"/> 業務員(招攬人員)規劃後由要保單位決定 A <input type="checkbox"/> 要保單位主動提出及決定 B <input type="checkbox"/> 親人的公司(與負責人的關係為_____) C <input type="checkbox"/> 其他_____		二、要保單位資料：(請勾選及填寫 1)~ 6) 1) 要保單位主要營業/營運項目：_____																	
2) 要保單位及被保險人投保目的及需求(可複選)： <input type="checkbox"/> 提升成員福利 <input type="checkbox"/> 轉移雇主法定責任風險 D <input type="checkbox"/> 其他_____		2) 您是否曾親自拜訪要保單位？ E <input type="checkbox"/> 否，我不曾親自拜訪要保單位，原因_____																	
三、被保險人資料：(請勾選) 1) 被保險人名單(要保明細表)中，是否有招攬本保單的業務員或其配偶、子女、父母、兄弟姊妹、配偶之父母、配偶之兄弟姊妹投保其中為主被保險人？J <input type="checkbox"/> 是，請說明如下：		3) 要保單位是否於政府/主管機關公開網站辦理登記？ G <input type="checkbox"/> 是，統一編號或登記字號：_____																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">姓名</th> <th style="width: 25%;">關係</th> <th style="width: 25%;">姓名</th> <th style="width: 25%;">關係</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		姓名	關係	姓名	關係													H <input type="checkbox"/> 沒有辦理任何登記，原因為_____	
姓名	關係	姓名	關係																
2) 被保險成員之(平均)工作年收入(含其他收入)： R (新台幣 <input type="checkbox"/> 51 萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100 萬 <input type="checkbox"/> 101 萬以上)		4) 要保單位是否為外商在台設立之分公司或子公司？ <input type="checkbox"/> 否， <input type="checkbox"/> 是，所屬母公司國籍_____																	
		5) 要保單位是否投保其他商業團體保險？ <input type="checkbox"/> 否，無投保其他團體保險。																	
		6) 要保單位年收入(僅為檢核保險費之合理性，無其他用途) Q <input type="checkbox"/> 營利團體，請勾選年營業額或資本額(新台幣)。 <input type="checkbox"/> 50 萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100 萬 <input type="checkbox"/> 101~500 萬 <input type="checkbox"/> 501~1,000 萬 <input type="checkbox"/> 1,001~5,000 萬 <input type="checkbox"/> 5,001~10,000 萬 <input type="checkbox"/> 10,001 萬以上																	
		※提供之營業額/資本額若不合理，業務員將會被照會說明。 <input type="checkbox"/> 非營利團體，(如政府機構、學校、協會、基金會等…)																	

四、業務員聲明事項：

- 本人了解「要保單位」需符合團體保險保單條款所載明之定義，本契約始生效力；若以不符保單條款規定之團體訂定本契約，則本契約自始不生效力，發生理賠後亦同。
- 本人了解「被保險人(含保單生效後之加保人員)」需符合團體保險保單條款所載明之資格，其加保始生效力；若以不符保單條款資格之人員加保，則其加保自始不生效力，發生理賠後亦同。
- 本人聲明並確認：本要保單位符合南山人壽團體險保單條款所訂之「團體」定義，並確實正常營運中。本聲明若有虛偽不實，本人願負相關責任。
- 本人聲明並確認：已和要保單位確認被保險人確為本要保單位之成員或其成員之眷屬，並依此資格加保南山人壽團體保險保單。前述聲明若有虛偽不實，本人願負相關責任。
- 本人了解公司基於法令遵循及維護保單品質之目的，將對本契約之申請及被保險人之加保進行審核，並依審核結果決定保單或被保險人是否生效。
- 本人聲明並確認：已向要保單位說明依本保單條款之約定，本保單之身故保險金或喪葬費用保險金受益人之指定，僅限於被保險人之家屬或其法定繼承人為限。惟身故受益人未指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人且其順位及應得比例未適用民法繼承編相關規定者，應說明原因。
- 要保單位已確實瞭解其所繳交保險費係用以購買保險商品，並已充分評估要保單位投保險種、保險金額、及保險費支出與其保障需求間已具相當性，及已確認其保單適合度。
- 本人已確認保戶地址(含保單生效後之變更)非為本人住家、戶籍地址、或公司(通訊處)地址，且本要保書填寫之地址確實為投保要保單位(要保人)之地址。
- K 排除前述第 8 點之聲明。因本要保單位為本人之親人所設立，故本要保書填寫之地址為本人住家或戶籍地址。(勾選此項至少須檢附要保單位登記資料)

業務員已確實審視本報告書及要保書上各項問題之填寫，填寫內容詳實正確，業務員並確實具有招攬資格，且與公司所簽之業務員合約現時仍然有效。

業務員簽名：_____ 日期：_____

業務員登錄字號：_____ 業務員行動電話：_____ (倘共同招攬，請共同簽名並共同填妥登錄字號)

※依據南山人壽「疑似保戶詐欺案件作業流程」之規定，審核單位若發現疑似保戶詐欺案件，須於三日內填寫疑似保戶詐欺案件通報單通知「法令遵循部」並副知通報單所載副本人員。

審核單位使用欄

一、要保單位登記覆核結果： (查詢網路經濟部商工登記資料公示查詢系統 或 財政部稅務入口網 或 其他網路資料) <input type="checkbox"/> 與投保資料相符(含公司名稱、登記地址) 且狀態為「核准設立」或「正常營業中」/ <input type="checkbox"/> 因無辦理登記故查無資料。 <input type="checkbox"/> L 與投保資料相符(含公司名稱、登記地址) 但狀態為「撤銷」、「解散」或「廢止」原因：_____																										
<input type="checkbox"/> M 與投保資料不符： <input type="checkbox"/> 要保單位名稱不符 <input type="checkbox"/> 登記地址不符 <input type="checkbox"/> 查無此登記編號 <input type="checkbox"/> 其他_____																										
<input type="checkbox"/> N 要保單位為政府機關或學校團體者(含幼稚園)，查詢網路確實有該單位。 ※若 G、H 項登記單位未填或誤填，但網路查詢結果與投保資料相符且狀態正常者，可不需照會。若未填或誤填，請依查詢結果補正統一編號或登記字號：_____，代表人_____，亦無需照會。																										
二、投保記錄搜尋結果： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，原保單號碼/失效日_____ O <input type="checkbox"/> 失效三個月以內 <input type="checkbox"/> 失效三個月以上 處理結果： <input type="checkbox"/> 撤件 <input type="checkbox"/> FYC 生效 <input type="checkbox"/> RYC 生效 說明：_____																										
三、審核代號(請圈選) <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A&D</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">B&D</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">C&D</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">E</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">F</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">G</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">I</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">J</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">K</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">L</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">N</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">O</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">P</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Q</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">R</td> </tr> </table>										A&D	B&D	C&D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
A&D	B&D	C&D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R										
四、保單受理審核結果： <input type="checkbox"/> 不須照會，審核通過 <input type="checkbox"/> 完成照會，審核通過 <input type="checkbox"/> 撤件 <input type="checkbox"/> 需總公司業務報價管理處簽核																										
是否為利害關係人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			審核人員簽名				權責單位覆核																			