



南山人壽

團體一年定期保險要保書(SV 版)

X

2021 年 7 月版

110.722 金管保壽字第 1100424836 號函核准

南山人壽使用欄：

保戶編號：A5306

保單號碼：GU00032002

受理日期：

掃描通訊處代號：

上列由南山人壽輔助填寫

一、基本資料

要保人 (要保單位) 名稱	國立臺北科技大學	統一編號	92021164
地址	() 郵遞區號 臺北市大安區忠孝東路三段一號	電話/傳真	
E-mail		承辦/聯絡人	
保險期間	自 民國 1 1 2 年 0 8 月 0 1 日 <input checked="" type="checkbox"/> 零時 <input type="checkbox"/> 午夜 12 時起一年		

二、被保險人之投保資格與條件 (請擇一勾選) (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。嗣後新進員工及其家屬得於受僱後依參加手續加保，但以正常工作受薪者為限。
- ☒ (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。嗣後新進成員及其家屬得於取得被保險成員資格後依參加手續加保。

三、身故受益人 (請擇一勾選)

- ☒ (1) 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(本批註條款不適用於「南山人壽團體職業災害給付保險」，詳細適用條件及內容依保單條款記載為準)：
- ☒ 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位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。
- ☐ (2) 以身分別指定受益人(受益人之身分別或順位與前項相異時請於本項填寫)：_____。
- ◎因上列型態均係以身分別指定身故受益人，故以上列型態之一指定身故受益人者，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後通知身故受益人之依據。
- ◎倘另行指定身故受益人者，請填寫身故受益人、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，作為日後通知身故受益人之依據。

被保險人姓名： 身故受益人姓名/身分證統一編號/與被保險人關係： 身故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：

四、繳費

繳費方法	<input type="checkbox"/> 年繳 <input checked="" type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳	保費分擔辦法	員工/成員部份-要保單位負擔 100 %， 家屬部份-要保單位負擔 — %。
續保日期	每年 08 月 01 日	繳費日期	第一期保險費應於民國 112 年 08 月 01 日繳付。 第二期及以後之保險費應於每年 8、2 月 01 日繳付。

五、被保險人是否已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 (請勾選)

- (1) 實支實付型傷害醫療保險：..... ☐ 是 ☐ 否
- (2) 實支實付型醫療保險：..... ☐ 是 ☐ 否

◆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。



GA041

二頁之一



VER0012107V

六、投保內容：詳附表。

七、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。
- ◎配合保險法規定，訂立本契(附)約時，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。

本要保人聲明同意下列事項：

1. 本人（被保險人、要保人）同意貴公司將本要保書上所载本人資料轉送產、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。

◎本要保人茲收到 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
※針對以上填寫內容，本要保人已充分了解並確認內容正確後簽章。

申請日期： 年 月 日

業務員/保險經紀人/保險代理人簽名：_____

業務員登錄字號：_____

業務員代號/通訊處：_____ / _____

保險經紀人/保險代理人執業證照編號：_____

保險經紀人/保險代理人簽署人簽章：_____

要保人（要保單位）及負責人簽章



GA042

附

保單號碼： GU00032002

投保內容 (金額單位：新台幣)

險 種 名 稱	投 保 內 容	
南山人壽領袖群倫學生團體保險	被保險成員	身故保險金額 NT\$1,000,000 特定意外身故保險金額 NT\$300,000 失能保險金額 NT\$1,000,000 重大燒燙傷保險金額 NT\$250,000 失能生活補助津貼金額 第一級失能 第一年保險金額之 20% 第二年保險金額之 20% 第三年保險金額之 30% 第四年保險金額之 30% 第二級失能 第一年保險金額之 15% 第二年保險金額之 15% 第三年保險金額之 25% 第四年保險金額之 25% 第三級失能 第一年保險金額之 15% 第二年保險金額之 15% 第三年保險金額之 25% 第四年保險金額之 25% 實支實付型 每日住院病房費用保險金 每日住院病房費用保險金限額(一般病房) NT\$0 每日住院病房費用保險金限額(加護病房、 燒燙傷病房、癌症住院診療) (每日住院病房費用保險金同一次住院期間合計最高給付日 數為 0 天) 外科手術費用保險金 外科手術費用保險金限額(一般手術) NT\$0 外科手術費用保險金限額(重大手術) NT\$0 每次住院醫療費用保險金限額 NT\$0 日額給付型 一般病房住院醫療保險金日額 NT\$500 加護病房住院醫療保險金日額 NT\$1,000 燒燙傷病房住院醫療保險金日額 NT\$1,000 癌症住院醫療保險金日額 NT\$1,000 (日額給付型各項給付同一次住院期間合計最高給付日數為 180 天) 意外傷害事故門診醫療保險金額 NT\$5,000 特定重度重大疾病保險金額 NT\$0 重大傷病保險金額 NT\$30,000 初次罹患癌症保險金額 NT\$150,000 初次罹患原位癌症保險金額 NT\$30,000 校園集體食物中毒保險金額 NT\$1,000 門診手術保險金額 NT\$0 專案補助重大手術保險金額 NT\$120,000
附加南山人壽領袖群倫學生團體保險-骨折未住院津貼保險金附加條款	被保險成員	骨折未住院津貼保險金額 NT\$7,500
附加南山人壽領袖群倫學生團體保險住院醫療保險金批註條款	被保險成員	實支實付型 總額住院醫療費用保險金限額 NT\$50,000
南山人壽團體保險被保險人異動批註條款-乙型	被保險成員	





0082605560

林志敏/Dummy Office-內勤員工/

投 保 規 範

保戶編號：A5306

保單號碼：GU00032002

要保單位：國立臺北科技大學

生效日期：112 年 08 月 01 日

南山人壽領袖群倫學生團體保險_GLSI

成員：參加年齡限於 12 足歲以上而未滿 99 足歲者，已參加之被保險成員最高可續保至 99 足歲為止。

※ 本保險商品皆為團體一年定期保險，續保須經雙方議定，本公司不保證續保。

※ 所有申請加保於本保單之被保險人(含保單生效後加保者)，本公司將依投保內容及其他相關資訊(含保險業通報作業資訊系統之相關資訊)進行核保審查，並保留最終承保與否之決定權。



南山人壽

南山人壽團體保險保戶權益確認書暨匯款同意書

保戶編號：A5306

保單號碼：GU00032002

要保單位：國立臺北科技大學

一、要保單位謹向南山人壽保險股份有限公司（下稱南山人壽）聲明投保本保單時已確認下列事項：

- (一) 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。
- (二) 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，未有經本保單招攬人勸誘而以解除或終止契約、貸款、保險單借款等方式繳交保險費之情事。
- (三) 要保單位與被保險人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）與要保書等要保文件上所載之資料一致。
- (四) 要保單位已於檢視要保書等相關要保文件內容後簽署相關要保文件，且被保險人已同意投保並同意要保單位就本保單所指定之受益人。
- (五) 要保單位已確認本保單之被保險人均為要保單位所屬人員或保單條款約定之家屬；要保單位於本保單保險期間內提供予南山人壽之本保單被保險人異動資料，要保單位亦將於確認其等均為要保單位成員及其眷屬且確實皆具辦理該異動（如加保、退保、投保內容異動等）之意願後，方提供予南山人壽。
- (六) 若本保單保險費係由被保險人全額自費，要保單位並已確認被保險成員已同意本保單保險費由其全額負擔。
- (七) 要保單位知悉投保本保單時，應提供本保單個別被保險人之聯絡資料予南山人壽，惟倘要保單位未能提供前述資料，要保單位同意約定以要保單位的地址或電子郵件信箱為本保單被保險人之聯絡資料，南山人壽對本保單被保險人之相關通知，將以要保單位之聯絡資料為通知。

二、南山人壽就本保單應給付予要保單位之未滿期保險費等款項，要保單位指定以下述方式給付，要保單位未勾選填寫或所填帳戶資料不正確、不完整致無法匯款者，要保單位同意南山人壽得改以支票方式給付：

- (一) ☐ 支票。
- (二) ☐ 匯款至下表所列要保單位帳戶。
- (三) ☐ 匯款至前已向南山人壽書面指定之匯款帳戶（僅限要保單位向南山人壽續保者適用）

帳戶名稱	國立臺北科技大學														
金融機構代號	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	銀行 合作社 農漁會	分行 分社 辦事處
帳號	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 郵局 </div>														
<p>請依存摺號碼由左至右填寫空位不補 0。</p> <p>郵局帳戶請填寫郵政存簿儲金資料，帳號：七位局號及七位帳號（含檢號）共 14 位。</p>															

業務員/保險經紀人/保險代理人簽名：_____

保險經紀人/保險代理人簽署人簽章：_____

要保單位及負責人簽章

日期：中華民國 年 月 日

202209 版

林志敏

