

※為確保資料的正確性，保險對象姓名請以正楷填寫，以下各欄資料如有塗改處請簽章確認

基本資料 要保單位： 部門/單位： 職稱： 到職日： 聯絡電話/分機： 被保險人姓名 出生日期 身分證統一編號 性別 工作內容 投保計畫別 身故/喪葬費用保險金受益人 繳保險費 總保費 總保費合計為： 元 註：如身故/喪葬費用保險金受益人以身分別指定，或不同意填寫受益人之聯絡地址及電話者，則以要保人最後所留之聯絡方式作為日後身故/喪葬費用保險金受益人之通知依據。

聲明事項 1. 本人(被保險人)同意宏泰人壽保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。 2. 本人(被保險人、要保人)同意宏泰人壽保險股份有限公司將本要保書上所列個人資料轉送產、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或理賠之參考，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。 3. 本人(被保險人、要保人)同意宏泰人壽保險股份有限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。 4. 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宏泰人壽保險股份有限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宏泰人壽保險股份有限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，而宏泰人壽保險股份有限公司仍承保者，宏泰人壽保險股份有限公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定給付責任。如有重複投保而未通知宏泰人壽保險股份有限公司者，同意宏泰人壽保險股份有限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份不負給付責任，但關於實支實付型醫療保險，宏泰人壽保險股份有限公司應以「日額」方式給付。

每位被保險人 親簽 未成年者其法定代理人簽名： 填寫日期 年 月 日

Table with 3 columns: 退件原因 (拒保, 問卷, 填寫不完整, 其它), 複核, 初核