

# 友邦人壽

## 團體保險契約審閱期間確認暨權益聲明書

一、本要保人(即要保單位,以下同)因投保 貴公司:

勾選	險種代碼	險種名稱	勾選	險種代碼	險種名稱
<input type="checkbox"/>	GL	友邦人壽幸福團體一年定期壽險	<input type="checkbox"/>	GDIR	友邦人壽團體意外傷害失能給付保險附約
<input type="checkbox"/>	GA	友邦人壽幸福團體一年定期傷害保險	<input type="checkbox"/>	GOP	友邦人壽幸福團體一年定期醫療門診給付健康保險附約
<input type="checkbox"/>	GDA	友邦人壽團體一年定期特定意外加倍傷害保險	<input type="checkbox"/>	GAMR	友邦人壽幸福團體一年定期傷害醫療保險附約
<input type="checkbox"/>	GHI	友邦人壽團體一年定期綜合醫療保險	<input type="checkbox"/>	GDHI/GMR	友邦人壽團體意外傷害醫療保險給付附加條款
<input type="checkbox"/>	GAHI/NHIME	友邦人壽幸福團體一年定期傷害住院醫療保險/ 友邦人壽因應全民健康保險醫療服務給付項目 及支付標準修正 批註條款	<input type="checkbox"/>	GMAT	友邦人壽幸福團體一年定期 生育給付健康保險附約
			<input type="checkbox"/>	GBB	友邦人壽幸福團體傷害骨折未住院給付附加條款
<input type="checkbox"/>	GHS	友邦人壽幸福團體一年定期住院手術健康保險	<input type="checkbox"/>	GPT	友邦人壽大眾運輸團體傷害保險給付附加條款
<input type="checkbox"/>	GCI	友邦人壽幸福團體一年定期重大疾病健康保險	<input type="checkbox"/>	GICNE	友邦人壽幸福團體被保險人異動加退保方式批註條款
<input type="checkbox"/>	GACI	友邦人壽新團體一年定期重大疾病保險	<input type="checkbox"/>	GICE	友邦人壽幸福團體被保險人異動批註條款
<input type="checkbox"/>	GCAN	友邦人壽幸福團體一年定期癌症健康保險	<input type="checkbox"/>	GATSE	友邦人壽團體一年定期創傷縫合處置批註條款
<input type="checkbox"/>	GNCAN	友邦人壽新團體一年定期癌症健康保險	<input type="checkbox"/>	GBCE	友邦人壽幸福團體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
<input type="checkbox"/>	GOC	友邦人壽幸福團體一年定期職業傷害保險	<input type="checkbox"/>	GWIE	友邦人壽幸福團體健康保險無疾病等待期批註條款
<input type="checkbox"/>	GOH	友邦人壽幸福團體一年定期職業災害給付傷害保險	<input type="checkbox"/>	GHMR	友邦人壽團體一年定期醫療限額健康保險

經業務人員親送 傳真 郵寄 網路 電子郵件(可複選)之方式取得保險契約條款樣張(含附加條款、批註條款及所有附件)。

二、本要保單位就上述團體保險契約條款樣張之審閱期間聲明如下(請擇一勾選):

本契約條款樣張已於民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日提供本公司審閱(審閱期間至少三日)。(聲明日期~提供日期應 $\geq$ 4天。例如:取得條款日期7/1,聲明日期為7/5或之後)

其他:\_\_\_\_\_

三、因應「保險法」第116條為強化對被保險人權益服務之規定要保單位同意配合下列作業:

- (一)要保單位於投保時將提供被保險人之聯絡資料予友邦人壽,以利友邦人壽於保險費屆期未繳交時得寄送保險費未繳交通知予被保險人。
- (二)要保單位因故未能提供聯絡資料者,則同意以要保單位之電子郵件信箱或地址作為被保險人之聯絡資料,友邦人壽將通知連同被保險人清冊以要保單位之電子郵件信箱或地址協助轉知予被保險人(含眷屬)清冊所載之被保險人,並作為日後通知被保險人之依據。

此致 友邦人壽

要保人(要保單位)簽章: \_\_\_\_\_

(公司章及負責人章)

聲明日期:民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

招攬人員簽名: \_\_\_\_\_ 業務員登錄證號: \_\_\_\_\_

版本: TCS-202501版