保 誠 人 壽

114 年 01 月版

團體保險契約審閱確認聲明書

一、本人(即要保單位，以下同)因擬投保 貴公司之團體保險，經□業務人員親送、□傳真、□郵寄、□電子郵件、□網路、□其他（請說明）_____(可複選)之方式取得完整之保險契約條款樣張。

傷 害 商 品			
	保誠人壽團體意外傷害保險		保誠人壽團體傷害醫療保險給付傷害保險附加條款
	保誠人壽團體意外傷害失能保險		保誠人壽團體意外住院日額給付傷害保險附加條款
	保誠人壽新職業災害團體保險		保誠人壽團體意外住院醫療定額給付傷害保險附加條款
	保誠人壽團體意外傷害重大燒燙傷保險給付附加條款		
	保誠人壽團體特定意外傷害保險附加條款		
	保誠人壽新團體職業傷害保險給付附加條款		
健 康 險 商 品			
	保誠人壽團體住院醫療限額給付健康保險		保誠人壽團體癌症健康保險
	保誠人壽團體住院醫療定額給付健康保險		保誠人壽團體癌症醫療定額給付保險
	保誠人壽團體住院醫療保險(乙型)		保誠人壽團體癌症住院日額保險
	保誠人壽新團體住院日額健康保險		保誠人壽新團體癌症醫療定額給付健康保險
	保誠人壽新團體住院醫療限額給付健康保險		保誠人壽團體癌症放射線治療暨化學治療保險金附加條款
			保誠人壽團體癌症出院療養保險金附加條款
定期壽險及重大疾病商品			
	保誠人壽團體一年定期壽險		保誠人壽團體一年定期重大疾病健康保險(甲型)

二、本人已詳讀所勾選之團體保險契約條款而依下列方式完成審閱（請擇一勾選並填寫），且充分瞭解前述保險契約條款所載內容並同意投保。

□本人於_____年____月____日取得保險契約條款樣張並完成審閱(審閱期間至少三日)。

□其他：_____

此 致

保誠人壽保險股份有限公司

要 保 單 位 蓋 章

（公司及負責人章）：_____ 聲明日期：_____年____月____日

業務人員/經紀人/代理人		保經/保代公司簽章
簽名	登錄證字號/執業證號	