

# 【全家福新超值專案】教師會~教職員工專屬自費團體保險計劃內容

**保險計劃內容** (說明) 本專案需經遠雄人壽同意後, 要保單位及被保險人方可受理加保, 並以保險公司指定保單生效日為準。

險種	A 計劃	B 計劃	C 計劃	D 計劃	E 計劃	
投保對象	本人、配偶、15歲以上子女	本人、配偶	本人、配偶	父母	未滿15歲之子女	
初次投保年齡	65歲以下	55歲以下	55歲以下	70歲以下	15歲(含)以下	
團體一年定期壽險	100萬	200萬	300萬	---	---	
團體重大疾病提前給付健康保險批註條款(甲型)	10萬	20萬	30萬	---	---	
新團體傷害保險	100萬	200萬	300萬	100萬	---	
團體重大燒燙傷傷害保險附加條款	50萬	100萬	150萬	50萬	---	
團體意外醫療限額給付傷害保險附約	3萬	3萬	3萬	3萬	3萬	
團體傷害保險骨折未住院醫療給付附加條款	750元	750元	750元	500元	750元	
團體住院日額健保險附約 100(限 100 天)	1500元	1500元	1500元	1000元	1500元	
團體加護或燒燙病房健康保險附加條款(限 14 天)	1500元	1500元	1500元	1000元	1500元	
團體癌症健康保險附約	癌症住院醫療保險金	3000元/日	3000元/日	3000元/日	1000元/日	3000元/日
	癌症手術醫療保險金	30000元/次	30000元/次	30000元/次	10000元/次	30000元/次
	癌症休養保險金	100元/日	100元/日	100元/日	100元/日	100元/日
	癌症門診醫療保險金	100元/日	100元/日	100元/日	100元/日	100元/日
	癌症身故保險金	15萬元	15萬元	15萬元	5萬元	15萬元
	癌症放射線治療保險金	3000元/日	3000元/日	3000元/日	1000元/日	3000元/日
每人年繳保費	3585元	5850元	8120元	3575元	1315元	

險種	F 計劃	G 計劃	H 計劃	I 計劃	J 計劃	K 計劃
投保對象	本人、配偶、15歲以上子女	本人、配偶	本人、配偶	本人、配偶、15歲以上子女	未滿15歲之子女	父母
初次投保年齡	65歲以下	55歲以下	55歲以下	65歲以下(無附在職證明者)	本人選擇 I 計劃之 15 歲以下子女	本人選擇 I 計劃之父母
團體一年定期壽險	100萬	200萬	300萬	---	---	---
團體重大疾病提前給付健康保險批註條款(甲型)	10萬	20萬	30萬	---	---	---
新團體傷害保險	100萬	200萬	300萬	100萬	---	100萬
團體重大燒燙傷傷害保險附加條款	50萬	100萬	150萬	50萬	---	50萬
團體意外醫療限額給付傷害保險附約	---	---	---	3萬	3萬	3萬
團體意外醫療住院日額給付傷害保險附約	---	---	---	1000元	1000元	1000元
團體住院日額健保險附約 60(限 60 天)	---	---	---	1000元	1000元	1000元
團體加護或燒燙病房健康保險附加條款(限 14 天)	---	---	---	1000元	1000元	1000元
每人年繳保費	2270元	4540元	6810元	3125元	2440元	3575元

## 保險範圍說明(本說明僅供參考詳細內容請參閱要保單位之保單條款及批註條款約定)

團體一年定期壽險	保險有效期間內, 發生失能或死亡時, 本公司依照契約的約定給付保險金。
團體重大疾病提前給付健康保險批註條款(甲型)	保險有效期間內, 若罹患重大疾病其中一項(急性心肌梗塞(重度)、冠狀動脈繞道手術、腦中風後障礙(重度)、末期腎病變、癌症(重度)、癱瘓(重度)、重大器官移植或造血幹細胞移植), 先行給付團險一年定期壽險保額之 <b>10%</b> 。 新加保者, 有 30 天等待期之限制。
新團體傷害保險	保險有效期間內(如於本契約生效後加保之被保險人, 則係指加保生效日起), 因遭受意外傷害事故, 致其身體蒙受傷害而致失能或死亡時, 本公司依照本契約的約定, 給付保險金。
團體重大燒燙傷傷害保險附加條款	保險有效期間內, 因遭受意外傷害事故, 致其身體蒙受傷害而致成重大燒燙傷時, 本公司依照契約的約定給付保險金。
團體意外醫療限額給付傷害保險附約	保險有效期間內, 因遭受意外傷害事故, 經合格的醫院或診所治療者, 本公司依照契約的約定給付保險金, 未提出以全民健保身份就診之證明者, 本公司以實際應支付的醫療保險金之 <b>65%</b> 核算給付保險金。
團體傷害保險骨折未住院醫療給付附加條款	保險有效期間內, 遭受意外傷害事故致成骨折, 並經醫師診斷確定, 而未住院治療後, 或已住院但未達骨折別所定日數表, 其未住院部分本公司按骨折別所定日數乘以保單上所載該被保險人之骨折未住院醫療保險金日額給付『骨折未住院醫療保險金』, 但給付日數以按骨折別所訂日數扣除實際住院日數為限。
團體住院日額健保險附約 100	保險有效期間內, 因傷害或疾病必須住院醫療時, 本公司依照契約的約定給付保險金, 每次事故最高給付 <b>100</b> 天。 新加保者, 有 30 天等待期之限制。
團體加護或燒燙病房健康保險附加條款(限 14 天)	保險有效期間內, 因傷害或疾病必須住院醫療時住入加護病房, 本公司依照契約的約定給付保險金, 最高給付 <b>14</b> 天。 新加保者, 有 30 天等待期之限制。
團體癌症健康保險附約	保險有效期間內, 被保險人經醫師診斷為初次罹患癌症, 本公司依照契約的約定給付保險金。癌症化學治療保險金和癌症放射線治療保險金, 每日限申請一次且僅能擇一申請。新加保者, 有 30 天等待期之限制。

被保險人	參加資格
會員本人/配偶	初次投保年齡至 <b>65</b> 歲止, 如保險公司同意續保則可續保至 <b>70</b> 歲止。(B、C、J、K 計劃初次承保年齡限 55 歲以下)
子女	出生且正常出院, 如保險公司同意續保則可續保至 <b>23</b> 歲止, 且滿 <b>20</b> 歲需附在學證明文件。(未滿 <b>15</b> 足歲限參加 E 計畫或 J 計劃)
會員父母	初次投保年齡至 <b>70</b> 歲止, 如保險公司同意續保則可續保至 <b>75</b> 歲止。

## 服務窗口

服務人員	聯發保險經紀人股份有限公司	服務電話	02-25670629 陳惠琴
公司名稱	聯發保險經紀人股份有限公司		

# 【全家福新超值專案】教師會~教職員工專屬自費團體保險參加表



被保險人加保同意書—被保險人皆已了解本團體保險專案之內容及相關約定條件，並自保險公司審核通過後，方可生效。

被保險人(會員本人)/ 聯絡方式資料					員工編號：	
會員姓名 (請本人親簽)	會員卡號	電話	(M)	(O)		
服務單位	EMAIL	地址				

## 加保資料(會員本人參加，眷屬方可參加，眷屬保額不得高於員工)(以下資料如有塗改，請於塗改處簽名，未加保者請勿填寫)

投保狀況 (請勾選)	關係	姓名	出生日期 (民國年/月/日)	身份證字號	工作內容 (請務必填寫)	投保計劃 <small>塗改請簽名</small>	身故保險金受益人					保險公司 註記欄
							姓名	出生日期 民國年/月/日	身分證字號	與被保險人 關係	國籍	
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	本人											
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	配偶											
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	父親											
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	母親											
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	子女											
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	子女											
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	子女											

※為配合防制洗錢及打擊資恐作業，如有指定受益人，下方為「必填」欄位  
 ◎本保險契約之失能保險金、醫療保險金受益人限被保險人本人。本公司同意本契約之眷屬各項醫療保險金由該員工代為請領，即保險給付之受款人為員工本人。  
 ◎僅受理「職業類別第一、二類」之被保險人。  
 ◎外籍人士限加保「A計劃」或「F計劃」，待保險公司核保過後，方可參加。  
 ◎受益人有兩位以上時，依序號決定受益順位，未記載序號時，視為同一順位，其保險給付為均分。

保單號碼	
單位代號	

### ※受益人聯絡方式：

★身故保險金受益人指定如為身分別之指定，或未填寫身故保險受益人之聯絡地址及電話，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

姓名	連絡電話	聯絡地址

### ※繳費方式：信用卡(限本人或配偶之信用卡)

本人同意透過本同意書所授權之信用卡帳戶支付保險費，並支付遠雄人壽。除本人另行向 貴公司提出書面退保通知，此同意書將繼續有效，特此聲明。

否變更信用卡	信用卡卡號	有效月/年	___月___年止
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	新信用卡卡號(變更後)	有效月/年	___月___年止
發卡銀行	持卡人簽名	<input type="checkbox"/> 本人 _____ <input type="checkbox"/> 配偶 _____ (身分證字號 _____) ※如持卡人為配偶需檢附身分證影本或戶口名簿影本或戶籍謄本影本之文件。	

### ※約定事項：

- 保險生效日：自保險公司同意承保日起一年。會員離職或退休，保障至保單當年度為止，眷屬須一併加退保。
- 保險費採「年繳」方式，已參加之人員中途不辦理退保，亦無退還所繳保費，中途離職其效力仍延至保險屆滿日止。
- 會員需檢附當年度「中華民國全國教師會」會員卡正面影本；如為「55歲(含)以上」之會員新加保或續保時則須再檢附三個月內之「教職員在職證明文件正本(須加蓋學校大小章)」，限投保「A計劃」或「F計劃」。  
若未提供在職證明，則投保計劃調整為I計劃(配偶、子女同時調為I計劃、15歲以下子女調為J計劃、父母調為K計劃)。
- 參加本保險計劃須填寫「健康聲明書」。
- 被保險人如具有會員身份時，不得再以眷屬身份投保。配偶之定期壽險或傷害保險保額不得高於會員本人。
- 新加保之「被保險人(含員工及眷屬身份)」，現有投保醫療保險及傷害醫療保險有效契約投保張數，總額超過法令規範之承保上限時，遠雄人壽有調整保額內容及是否承保之權利。
- 每月20日前，由保險經紀人公司統一彙整名單寄達保險公司辦理加保(超過每月20日則延至下月受理)。若有補辦事項，須於每月25日前補辦完成，經保險公司審核通過，以次月1日為其生效日。若逾期未補全完成，則以補全完成之次月1日為保險生效日。
- 投保後於保險有效期間內已曾罹患重大疾病之被保險人，要保單位與被保險人同意可再續保一年，下一保險年度則保險公司不再辦理個人(含眷屬)之續保作業。
- 團體保險屬於定期險非終身型保單，採一年一約制(即被保險人不保證續保)。

※會員(員工)本人(被保險人或法定代理人)同意上述保險內容及各項約定事項。

會員(員工)本人簽名：\_\_\_\_\_ (請務必親簽) 聲明日期：民國\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

保險公司 審核欄	遠雄人壽核定保險生效日自___年___月___日零時起	保險公司主管	保險公司經辦
-------------	-----------------------------	--------	--------

保單號碼	要保單位	與被保險人(員工/會員)關係				<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 本人配偶	
被保險人姓名	出生日期	身分證字號	編號	配偶姓名	子女 1 姓名	子女 2 姓名	<input type="checkbox"/> 本人子女	<input type="checkbox"/> 本人父母
							父親姓名	母親姓名

**【被保險人健康告知事項】**

※要保人及被保險人對於告知事項詢問，應據實說明，並親自填寫清楚，如為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，依保險法第六十四條規定，本公司得解除契約。保險事故發生後亦同。  
※投保健康險者，依保險法第一百二十七條：「保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任」。

被保險人目前身高、體重	本人	配偶	子女1	子女2	父親	母親
	公分	公分	公分	公分	公分	公分
	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
被保險人目前是否受有監護宣告？(如勾選是者，請提供相關證明文件)	是	否	是	否	是	否
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>投保 壽險 或 健康保險 者請勾選</b>						
一、過去兩年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
二、最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
三、過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？						
(一)高血壓症(指收縮壓 140mmHg 舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癱瘓、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(三)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(四)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT 值檢驗值有異常情形者)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(五)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(六)視網膜剝離或出血、視神經病變。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(七)癌症(惡性腫瘤)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(八)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(九)糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(十)紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
四、過去一年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？						
(一)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸、慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(三)痛風、高血脂症、青光眼、白內障。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(四)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血。(女性被保險人請回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
五、目前是否已確知懷孕？如是，(已懷孕_____週) (女性被保險人請回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
六、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
七、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>投保 傷害險 者請勾選</b>						
八、過去二年內是否曾因患有第三、四項底線標示之疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
九、目前身體機能是否有下列障害？						
(一)失明、是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表O·三以下。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)聾、是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(三)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 塗 改 處 請 被 保 險 人 簽 名

上述任何一項勾選『是』者，請標明題號，並將病狀病名、就診或檢驗及住院大約時間、醫院名稱、治療及結果說明於下：

**【聲明事項】**

- 一、本人(被保險人)同意遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下簡稱遠雄人壽)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。
- 二、本人(被保險人、要保人)同意遠雄人壽將本要保書上所載本人資料轉送產、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。
- 三、本人(被保險人、要保人)同意遠雄人壽就本人之個人資料，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。

被保險人親簽：(本人) \_\_\_\_\_ / (配偶) \_\_\_\_\_ / (子女1) \_\_\_\_\_  
(子女2) \_\_\_\_\_ / (父親) \_\_\_\_\_ / (母親) \_\_\_\_\_

未成年法定代理人親簽：\_\_\_\_\_ 中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

保險公司 審核結果說明：  
核保欄 檢附問卷 檢附除外同意書 其他：

要保單位及負責人蓋章	
保險公司經辦	

## 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除上述說明書所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)· 本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。

立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致

聯發保險經紀人股份有限公司

立同意書人 ( 即被保險人 ) 簽名：\_\_\_\_\_

法 定 代 理 人 簽 名：\_\_\_\_\_

中 華 民 國                      年                      月                      日

# 遠雄-教師會團保投保流程

只需完成以下兩步驟便完成投保：

## 1. 填寫資料

- 除了第一頁投保內容之外，共計填寫 3 頁：
  - 保險參加表
  - 健康聲明書
  - 聯發個資同意書
- 並請提供教師工會會員卡影本
- 繳費方式：信用卡扣款

## 2. 將資料寄送至本公司

- 可用傳真或 email 先行寄送掃描檔報備，再補寄正本
- 傳真：(02)2567-3504
- Email：lian.fa@msa.hinet.net
- 地址：104 台北市中山區中山北路二段 102 號 12 樓之 2 聯發保險經紀人(股)公司
- 注意事項：請於每月 20 日前，彙整資料寄達本公司，超過每月 20 日則延至下月受理。若有補辦事項，須於每月 25 日前補辦完成，經保險公司審核通過，以次月 1 日為其生效日。若逾期未補全完成，則以補全完成之次月 1 日為保險生效日