

新光人壽保險股份有限公司

115年度新世代公教人員自費團體保險說明

A.投保規則/參加辦法

- 1.承保對象：員工(會員)、配偶、子女、員工(會員)父母。
- 2.保險期間：115年10月01日零時起至116年10月01日零時為止。
- 3.加保作業：新加保員工(會員)眷屬團體保險自費方案者，請填寫"自費團體保險異動通知書"及"投保申請表暨健康聲明書"。本表及健康聲明書需正本於每月20日前送達新光人壽，經新光人壽核保通過後；自新光人壽收件次月01日零時起生效。
- 4.退保作業：員工(會員)及其眷屬中途不辦理退保作業，離職及退休員工(會員)及其眷屬自費案保險效力可持續至該年度結束。
- 5.承保年齡：員工(會員)及配偶初次投保年齡上限65歲，續保最高可至70歲；子女承保年齡自出生健康出院後可至23足歲；員工(會員)父母初次投保年齡上限70歲，續保最高可至75歲。
計畫07初次投保年齡上限70歲，續保至75歲。
- 6.核保限制：
 - ◎眷屬同為員工(會員)時，以員工(會員)身分加保，不得再以眷屬身分重複投保；眷屬亦不得於本保險中重複投保。且眷屬保障不可高於員工(會員)。
 - ◎若因新光人壽核保結果為體況人員將變更至計畫07，需重新填寫"自費團體保險異動通知書"。
 - ◎未滿15足歲以下子女以計畫05投保，若因新光人壽核保結果為體況人員將不予受理。
 - ◎被保險人不符合眷屬定義時(如員工(會員)之眷屬喪失眷屬身分、子女超過23足歲等)，必須以書面通知保險公司，其保險效力持續至當期保險費屆滿日終止。
 - ◎每年續保時未提出變更申請，將以上一年度所投保之保障續保承保至契約年度終止。
 - ◎限職業等級1-4類人員投保，如工作內容有所變動應主動以書面通知新光人壽重新審查。
 - ◎受益人：順序及應得比例適用民法繼承篇相關規定。醫療保險金及失能保險金受益人：被保險人本人。
 - ◎每一被保險人投保實支實付醫療保險累計新光人壽團體險(自費件)以2張保單為限；凡超過前述張數上限者，本案不予承保該險種。
- 7.繳費方式：保險費一律採年繳，經保險公司核保通過後，限以員工(會員)本人所持有信用卡繳納保險費。若因續約有調整費率時，其續年度應繳保費，經新世代保經通知保戶後重新填寫自費團體保險異動書併收取保費接續保障。
- 8.各項變更：員工(會員)及其眷屬，達本合約內各險種之最高投保年齡時，本公司即辦理該被保險人之退保作業。當員工(會員)保障終止時，其全戶眷屬保障亦同時終止。
- 9.續保：每年保險期間屆滿前，經本公司與新世代保經確認續保後，新世代保經若未收到被保險人退保申請，則視為同意續保並收取新年度保費。每年續保時，新光人壽保留被保險人是否續約之權利。
- 10.其它投保規則，依新光人壽相關規定辦理。

B.自費保險內容：本表所載僅供參考，一切給付依新光人壽保單條款為憑。

險種/計畫別	計畫一	計畫二	計畫三	計畫四	計畫五	計畫六	計畫七
團體新定期壽險	100 萬元	200 萬元	300 萬元	---	---	---	---
團體傷害保險	100 萬元	200 萬元	300 萬元	200 萬元	---	10 萬元	100 萬元
團體傷害醫療保險	1 萬	1 萬	1 萬	1 萬	1 萬	1 萬	1 萬
團體傷害日額保險	1,500 元	1,500 元	1,500 元	1,000 元	1,000 元	---	1,500 元
團體守護住院日額保險	1,500 元	1,500 元	1,500 元	1,000 元	1,500 元	1,500 元	---
珍愛團體防癌健康保險							
癌症初次罹癌	10 萬元	10 萬元	10 萬元	3 萬元	10 萬元	10 萬元	---
癌症住院醫療	300 元	300 元	300 元	300 元	300 元	300 元	
癌症手術	2 萬元	2 萬元	2 萬元	1 萬元	2 萬元	2 萬元	---
癌症出院後療養	300 元	300 元	300 元	300 元	300 元	300 元	---
承保對象	員工(會員)、配偶 15 足歲以上子女	員工(會員)、配偶 15 足歲以上子女	員工(會員)、配偶 15 足歲以上子女	員工(會員)、配偶 15 足歲以上子女、父母	未滿 15 足歲 子女	員工(會員)、配偶 15 足歲以上子女	體況人員
每人年繳保費	3,455 元/人	4,655 元/人	5,855 元/人	2,461 元/人	2,105 元/人	1,855 元/人	1,040 元/人

新世代公教人員自費團體保險 115年度自費團體保險異動通知書

保單號碼		要保單位
------	--	------

※如為外籍人士，請務必提供護照上英文姓名、新式居留證號、國籍。

壹、員工(會員)本人資料【請使用原子筆正楷填寫】

員工(會員)		住家電話		手機號碼	
服務機構		通訊地址			

貳、投保名單與基本資料【請使用原子筆正楷填寫】

請勾選✓異動項目 及填寫計劃別	稱謂	姓名(請親簽)	身分證字號 (新式居留證號)	國籍	計畫別	出生日期 (民國)	工作內容
☐ 加保計劃__ ☐ 退保 ☐ 異動計劃__ ☐ 變更	員工 (會員)						
☐ 加保計劃__ ☐ 退保 ☐ 異動計劃__ ☐ 變更	配偶						
☐ 加保計劃__ ☐ 退保 ☐ 異動計劃__ ☐ 變更	子女						
☐ 加保計劃__ ☐ 退保 ☐ 異動計劃__ ☐ 變更	子女						
☐ 加保計劃__ ☐ 退保 ☐ 異動計劃__ ☐ 變更	子女						
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更	員工 (會員) 父親						
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更	員工 (會員) 母親						

◎書寫資料若有塗改，請在塗改處簽名(被保險本人簽名)。

◎本自費團體保險由新光人壽保險股份有限公司承保，相關權利義務以要保單位與新光人壽所訂之團體保險契約所載全部事項及保單條款為依據。

※加保被保險人為未滿18足歲者，法定代理人簽名：_____

- ◎聲明事項：
- (1)本人同意新光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)本人同意新光人壽保險股份有限公司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。
 - (3)本人同意新光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。

※若有任何問題請電洽服務窗口-新世代保險經紀人股份有限公司 037-475699

員工(會員)同意事項：

1. 員工(會員)同意以本人所持有經過授權之信用卡扣繳本保險之保費。
2. 員工(會員)所提供之信用卡因停卡、信用額度不足等因素，致新光人壽無法扣款時，則本投保不生效力。
3. 續年度信用卡扣款時，若授權之信用卡有效期限已過，員工(會員)本人應配合重填信用卡授權書，以使扣款成功。

立授權書人員工(會員)同意授權以下列信用卡繳納被保險人之保險費。

授權之信用卡資料 ※大來卡、美國運通卡、VISA金融卡不適用

卡別：☐VISA ☐Master Card ☐JCB ☐聯合信用卡

發卡銀行：_____

信用卡卡號：_____ - _____ - _____ - _____

信用卡有效期限：西元_____年_____月_____日

立授權書人(持卡人)簽名：(需與信用卡簽名相同)

填 寫 日 期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

新光人壽投保申請表暨健康聲明書

機密等級:機密
(團體險專用)

114年09月修訂

要保單位：										保單號碼：									
被保險人 (關係)	姓名	性別	出生 年月日	身分證字號								職業類別/ 工作內容	計劃別	身高 (公分)	體重 (公斤)				
(1)本人		☐ 男 ☐ 女																	
(2)配偶		☐ 男 ☐ 女																	
(3)子女		☐ 男 ☐ 女																	
(4)		☐ 男 ☐ 女																	
(5)		☐ 男 ☐ 女																	
(6)		☐ 男 ☐ 女																	

◎被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)?
☐是(姓名：_____);如勾選是者，請提供。☐否。

◎被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)?
☐是(姓名：_____);如勾選是者，請提供相關證明文件。☐否。

為確保您的權益，以下被保險人告知事項，請務必親自詳實加圈填寫。如有不實，本公司得依保險法第64條解除契約，保險事故發生後亦同。	(1) 本人	眷 屬 / 關 係				
		(2) 配偶	(3) 子女	(4)	(5)	(6)
		是否	是否	是否	是否	是否
一、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?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
二、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? (如答覆是者，請圈選下列病症)						
(1)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎、膽結石。 (3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 (4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。	(5)痛風、高血脂症。 (6)青光眼、白內障。 (7)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人回答)	☐	☐	☐	☐	☐
三、過去二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)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
四、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? (如答覆是者，請圈選下列病症)						
(1)高血壓症(指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上)(如有請於「告知事項說明欄」目前狀況處填明實際之血壓)、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、心律不整(指實性心跳過速、心房撲動、心房纖維性顫動、期外收縮、陣發性心跳過速、心室纖維性顫動、心臟傳導阻斷)。 (2)腦中風(腦出血、腦梗塞、腦栓塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、巴金森氏症、精神病。 (3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 (4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT值超過35IU/L以上)。	(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 (6)視網膜出血或剝離、視神經病變。 (7)癌症(惡性腫瘤)。 (8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。 (9)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。 (10)紅斑性狼瘡、膠原症。 (11)愛滋病或愛滋病帶原。	☐	☐	☐	☐	☐

為確保您的權益，以下被保險人告知事項，請務必親自詳實加圈填寫。如有不實，本公司得依保險法第64條解除契約，保險事故發生後亦同。				眷 屬 / 關 係					
				(1) 本人	(2) 配偶	(3) 子女	(4)	(5)	(6)
				是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
五、過去五年內，是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？				☐	☐	☐	☐	☐	☐
六、目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障礙、智能障礙(外表無法明顯判斷者)? (如答覆是者，請圈選狀況)				☐	☐	☐	☐	☐	☐
七、已確知懷孕? (懷孕 週) (女性被保險人回答)				☐	☐	☐	☐	☐	☐
八、投保醫療險者請填寫本項 (本契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，本公司對是項疾病或分娩，不負給付之責任)				☐	☐	☐	☐	☐	☐
(1)現在是否仍患有下列疾病？精神官能症、何杰金氏症、膽管炎、膽囊炎、梅毒、腦性麻痺、腦膿瘍、化膿性骨髓炎、併發有嘔吐現象的持續性頭痛、內耳炎、鼻竇炎、乳突炎、坐骨神經痛、椎間板脫出、腎結石、輸尿管結石、膀胱結石、腦膜炎、腦炎、水腦症。 (2)是否曾金屬中毒、化學中毒？ (如答覆是者，請圈選病症)									
※ 以上各項詢問如有答覆「是」者，請在下列「告知事項說明欄」告知									
告 知 事 項 說 明 欄									
被保險人姓名	疾病名稱	發病日期	就診醫院	治療方式 (可複選)				目前狀況	
				☐ 門診 ☐ 住院,約_____天 ☐ 手術 ☐ 其他_____					
				☐ 門診 ☐ 住院,約_____天 ☐ 手術 ☐ 其他_____					
				☐ 門診 ☐ 住院,約_____天 ☐ 手術 ☐ 其他_____					
				☐ 門診 ☐ 住院,約_____天 ☐ 手術 ☐ 其他_____					
(1)本人(被保險人)同意新光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)同意新光人壽保險股份有限公司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。 (3)本人(被保險人、要保人)同意新光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。									
			此致	新光人壽保險股份有限公司				台照	
被保險人簽名			要保單位蓋章：						
(1) 本人：	簽名		監 護 人：				簽名		
(2) 配偶：	簽名		法定代理人：				簽名		
(3) 子女：	簽名		法定代理人：				簽名		
(4) _____：	簽名		法定代理人：				簽名		
(5) _____：	簽名		法定代理人：				簽名		
(6) _____：	簽名		法定代理人：				簽名		
日 期：			年		月		日		
新 光 人 壽 專 用									
審 查 意 見	(1)本人：				核 保 人 簽 章				
	(2)配偶：								
	(3)子女：								
	(4)								
	(5)								
	(6)								

收件人：