

# 【合家歡專案】— 公教職員專屬自費團體保險計劃



■ **參加資格**—※公教職員加保，其眷屬才能加保，且配偶保額不可高於公教職員本人。

■ **承保年齡限制：**

1. 公教職員本人及配偶初保年齡續保至 65 歲，續保 70 歲止，且限仍為在職之公教職員。
2. 子女自出生(且須正常健康出院)起至 20 歲止(在學且未婚者可至 24 歲止)。(未滿 15 足歲限參加計畫 E)。
3. 公教職員父母初保年齡至 70 歲，續保至 75 歲止。(限投保 D 計劃)

■ **職業類別限制：**

1. 被保險人「職業類別限第一、二類」(職業類別認定依遠雄人壽職業類別分類表)。

■ **團體保險計劃內容及保費明細表**—※實際保障內容以正式保單條款為準※

計劃別		A 計劃	B 計劃	D 計劃	E 計劃	F 計劃	G 計劃
承保對象 初保年齡	險種/保額	公教職員、 配偶及子女 (限 15 歲以上)	公教職員、 配偶	父母	子女 (未滿 15 歲)	公教職員、 配偶及子女 (限 15 歲以上)	公教職員、 配偶
		65 歲以下	55 歲以下	70 歲以下	未滿 15 歲	65 歲以下	55 歲以下
團體一年定期壽險		100 萬	200 萬	無	無	100 萬	200 萬
團體重大疾病提前給付健康保險批註條款(甲型)		20 萬	40 萬	無	無	20 萬	40 萬
新團體傷害保險		100 萬	200 萬	100 萬	無	100 萬	200 萬
團體重大燒燙傷傷害保險附加條款		50 萬	100 萬	50 萬	無	50 萬	100 萬
團體意外醫療限額給付傷害保險附約		2 萬	2 萬	2 萬	2 萬	無	無
團體住院日額健保險附約 100(限 100 天)		1,500 元	1,500 元	1,000 元	1,500 元	無	無
團體加護或燒燙病房健康保險附加條款(限 14 天)		1,500 元	1,500 元	1,000 元	1,500 元	無	無
團體 癌症 健康 保險 附約	癌症住院醫療保險金	3,000 元	3,000 元	1,000 元	3,000 元	無	無
	癌症手術醫療保險金	30,000 元	30,000 元	10,000 元	30,000 元		
	癌症休養保險金	100 元	100 元	100 元	100 元		
	癌症門診醫療保險金	100 元	100 元	100 元	100 元		
	癌症身故保險金	300,000 元	300,000 元	1,000 元	300,000 元		
	癌症放射線治療保險金	3,000 元	3,000 元	100,000 元	3,000 元		
每人年繳保費		2,350 元	3,950 元	2,300 元	850 元	1,520 元	3,020 元

■ **險種說明:**(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(完全失能)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、腦中風後殘障(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 20%。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，因遭受意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起 180 日內死亡或失能者，本公司依照契約的約定給付身故保險金或失能保險金。
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 65% 核算給付保險金。
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 100 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 14 天。新加保者，有 30 天等待期之限制。
團體癌症健康保險附約	被保險人於其保險有效期間內，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。

■ **服務窗口：**

服務窗口	詠倡保險經紀人股份有限公司	03-5716-255
服務人員		



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	
						<input type="checkbox"/> 本人子女	<input type="checkbox"/> 本人父母	
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	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	是	否
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**投保 壽險 或 健康保險 者請勾選**

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"/>	<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"/>	<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"/>	<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、癲癇、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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(七)癰疽(惡性腫瘤)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(八)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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**投保 傷害險 者請勾選**

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"/>	<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○·三以下。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

保險公司核保欄	審核結果說明： <input type="checkbox"/> 檢附問卷 <input type="checkbox"/> 檢附除外同意書 <input type="checkbox"/> 其他：	要保單位及負責人蓋章	保險公司經辦
---------	--	------------	--------