

■ **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。

1. 承保年齡：A. 公教職員本人及配偶初保年齡至 65 歲，續保至 70 歲止，且限仍為在職之公教職員。  
 B. 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)。  
 C. 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)

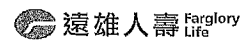
■ **團體保險計劃內容及保費明細表**——※實際保障內容以正式保單條款為準※

計劃別		A 計劃	B 計劃	D 計劃	E 計劃	F 計劃	G 計劃
險種/保額	承保對象 初保年齡	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
重大疾病先行給付保險金		20 萬	40 萬	無	無	20 萬	40 萬
團體傷害保險		100 萬	200 萬	100 萬	無	100 萬	200 萬
殘廢保險金(11 級 75 項)		5 萬~ 100 萬	10 萬~ 200 萬	5 萬~ 100 萬	無	5 萬~ 100 萬	10 萬~ 200 萬
重大燒燙傷保險金		15 萬~ 100 萬	30 萬~ 200 萬	15 萬~ 100 萬	無	15 萬~ 100 萬	30 萬~ 200 萬
團體傷害醫療保險— 實支實付 A 型		2 萬	2 萬	2 萬	2 萬	無	無
團體住院醫療日額 加護病房		1,500 元 3,000 元	1,500 元 3,000 元	1,000 元 2,000 元	1,500 元 3,000 元	無	無
新 團 體 癌 症 保 險	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	無	無
	癌症放射線治療保險金	3,000 元	3,000 元	1,000 元	3,000 元	無	無
	癌症化學治療保險金	3,000 元	3,000 元	1,000 元	3,000 元	無	無
	癌症身故保險金	300,000 元	300,000 元	100,000 元	300,000 元	無	無
<b>每人年繳保費</b>		<b>2,350 元</b>	<b>3,950 元</b>	<b>2,300 元</b>	<b>850 元</b>	<b>1,520 元</b>	<b>3,020 元</b>

■ **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	葉 人 鳳	0933-117-951

# 【合家歡專案】—公教職員專屬自費團體保險計劃



■ 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)

險種	承保範圍說明
1.團體一年定期壽險	保險有效期間內,發生身故或全殘廢時,本公司依照契約的約定給付保險金。若罹患重大疾病其中一項(心肌梗塞、冠狀動脈繞道手術、腦中風、慢性腎衰竭、癌症、癱瘓、重大器官移植手術),先行給付定期壽險保額之 <b>20%</b> 。
2.團體傷害險	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 日內死亡或殘廢者,本公司依照契約的約定給付身故保險金或殘廢保險金。若是造成重大燒燙傷,於意外事故發生之翌日零時起至屆滿 120 小時止仍存活者,本公司另行給付重大燒燙傷保險金。
3.團體傷害醫療險-實支實付 A 型:	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。(申請理賠時須檢附正本醫療收據)
4.團體住院醫療日額	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 90 天。若住入加護病房,雙倍給付,最高給付 14 天。加保者,有 30 天等待期之限制。例:投保 A 計劃,申請加護病房保險金 3,000 元/日後,則不可再請一般住院醫療保險金 1,500 元/日。
5.新團體癌症保險	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。加保者,有 30 天等待期之限制。

## ■ 參加資格及投保計劃

被保險人	參加資格	投保計劃(主保險部分)
公教職員 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。 (計劃 B、G 初次承保年齡限 55 歲以下)	1.可選擇計劃 A 至計劃 B 之任何一種參加,或可選擇計劃 F 至計劃 G 任何一種,但一經選定保單年度內不得再變更。 2.配偶投保計劃不可超過公教職員本人。
子 女	出生且正常出院,如保險公司同意續保則可續保至 <b>24</b> 歲止,且滿 <b>20</b> 歲需附在學證明文件。	可選擇計劃 A、計劃 E 或計劃 F 之任何一種。 <b>(未滿 15 足歲限參加計畫 E)</b>
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。	限參加計劃 D。

## ■ 約定事項

- 1.保險生效日:自保險公司同意承保日起一年。公教職員離職或退休,保障至保單當年度為止,眷屬須一併加退保。
- 2.參加本保險計劃須填寫「健康聲明書」。公教職員本人須檢附「公/教職員在職證明」。
- 3.公教職員若超過 55 歲(含)時或保險公司要求檢附,則每年續保時須再檢附三個月內有效之「公/教職員在職證明」文件正本(不含識別證),如未檢附則無法同意個別被保險人續保。
- 4.保險費用一律採「年繳」方式,已參加之人員中途不辦理加退保,承保至一年契約到期為止。且本契約採一年一簽制,亦無退還所繳保費。
- 5.被保險人如具有公教職員身份時,不得再以眷屬身份投保。眷屬保額不得高於公教職員本人。
- 6.本保險契約之眷屬各項醫療保險金給付之受益人為被保險人本人。本公司同意可由該公教職員代為請領,即保險給付之受款人為公教職員本人。
- 7.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)。
- 8.外籍人士僅能選擇加保「A 等級」或「F 等級」,且須另作「自費體檢」,經保險公司同意後方可加保。
- 9.每月 20 日前,由保險經紀人公司服務人員收件或投保單位彙集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,最遲每月 25 日前補辦完成,經保險公司審核通過後,以次月 1 日為其生效日。若未補全完成,則以補全完成且經保險公司審核通過後之次月 1 日起生效。
- 10.本保單一年期滿續保時,要保單位及被保險人同意遠雄人壽保留調整續保保險費及是否繼續續保之權利。
- 11.團體保險為一年期保單非終身型保單,需每年續約且一年一約,個別被保險人不保證續保。
- 12.實際保障內容以正式保單條款為準。
- 13.要保單位及被保險人均同意取消保單條款之更約權。
- 14.本團保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。

【如欲參加者,請填寫參加表與健康聲明書】

# 【合家歡專案】—公教職員專屬自費團體保險計劃「參加表」

■ 保險生效日：自保險公司同意承保日起一年。一律採年繳保費。

■ 公教職員姓名：\_\_\_\_\_ 服務單位：\_\_\_\_\_

■ 單位(系/所)名稱：\_\_\_\_\_ 辦公室門號：\_\_\_\_\_ 手機號碼：\_\_\_\_\_

■ E-MAIL：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

■ 加保者之基本資料一

<input type="checkbox"/> 是的,我要參加(茲勾選保險計劃如下)	保費總計	元
公教職員本人	<input type="checkbox"/> 計劃 A(年繳保費 2,350 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃 B(年繳保費 3,950 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃 F(年繳保費 1,520 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃 G(年繳保費 3,020 元)。	
配 偶	<input type="checkbox"/> 計劃 A(年繳保費 2,350 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃 B(年繳保費 3,950 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃 F(年繳保費 1,520 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃 G(年繳保費 3,020 元)。	
子 女	<input type="checkbox"/> 計劃 A(年繳保費 2,350 元) 子女_____人參加、 <input type="checkbox"/> 計劃 E(年繳保費 850 元) 子女_____人參加 <input type="checkbox"/> 計劃 F(年繳保費 1,520 元) 子女_____人參加	
父 母	<input type="checkbox"/> 計劃 D(年繳保費 2,300 元)、 <input type="checkbox"/> 父 ; <input type="checkbox"/> 母	

加保者(被保險人)姓名 <small>加保之被保險人或法定代理人,同意且知悉本保險內容及投保規定及各項「告知事項」、「聲明事項」及「約定事項」皆屬正確且同意。親簽如下:</small>	出生年月日	身分證字號	工作內容 (請務必填寫)	身故保險金受益人 (請詳細填寫)		職業類別	投保等級	員編	普編
				姓名	與被保險人關係				
公教職員									0
配偶									1
公教職員父親									2
公教職員母親									3
子女 (一)									6
子女 (二)									7
子女 (三)									8

信用卡卡號	_____	信用卡有效期限	_____	持卡人簽名	_____
發卡銀行	_____	至西元_____年_____月止			

【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。

保險公司 審核欄	保單號碼:		保險公司主管	保險公司經辦
	遠雄人壽核定保險生效日自_____年_____月_____日零時起			

【請翻背面填寫健康聲明書】

核准文號：民國 92 年 12 月 24 日台財保字第 0920752304 號函 備查文號：民國 102 年 07 月 01 日 (102) 遠雄壽字第 914 號函

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				
被保險本人姓名	出生日期	身份證字號	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、被保險人對於告知事項詢問，應據實說明，並親自填寫清楚，如有故意隱匿、過失遺漏或不實之說明，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。

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

**投保 壽險 或 健康保險 者請勾選**

	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
二、最近二個月內是否曾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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

三、過去五年內是否曾患有下列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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(五)腎臟炎、腎病候群、腎機能不全、尿毒、腎囊泡。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※塗改處請被保險人簽

四、過去一年內是否曾患有下列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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(三)癩風、高血壓症、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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
六、過去五年內是否曾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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**投保 傷害險 者請勾選**

	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否
八、過去二年內是否曾患有第三、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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
九、目前身體機能是否有下列障害？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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"/>	<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"/>	<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"/>	<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。

要保單位及負責人蓋章

保險公司經辦

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：  
檢附問卷 檢附除外同意書 其他：