

# 中華大學教職員福利團體保險 自費案參加表(員工及員工父母)

員工姓名：\_\_\_\_\_ 部門別：\_\_\_\_\_ 員工編號：\_\_\_\_\_

是的，我要參加「教職員暨眷屬福利優惠團保自費案」  否，我不參加。

●投保須知

1. 有效期間：103年08月01日零時起至104年08月01日零時止。
  2. 繳別：年繳。
  3. 參加資格：(員工參加後，員工父母方可參加。職業類別限1~4類。)
    - (1). 員工：服務於本公司之正式員工，初次承保年齡為15歲至65歲，續保至70歲止(員工限正常工作且在職)。
    - (2). 員工父母：服務於本公司之正式員工之父母，初次承保年齡為15歲至70歲，續保至75歲止。
- 【Ps:開放員工父母親限投保A等級。】

●投保內容(自費加保之保險計劃內容)：

險種/保額	投保等級	員工、員工父母	員工	員工	員工
		A	B	C	D
團體傷害保險		100萬	200萬	300萬	500萬
國內大眾運輸意外身故及全殘廢保險		100萬	200萬	300萬	500萬
團體傷害醫療保險實支實付A型		1萬	2萬	3萬	3萬
新團體癌症保險	癌症住院醫療保險金	1,000元/日	2,000元/日	3,000元/日	3,000元/日
	癌症手術醫療保險金	10,000元/次	20,000元/次	30,000元/次	30,000元/次
	癌症門診醫療保險金	1,000元/日	2,000元/日	3,000元/日	3,000元/日
員工自付額		898元	1,796元	2,694元	3,994元

被保險人加保之名冊(資料填寫有修正，請於修正處簽名，新加保者請翻面填寫健康聲明書)

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>	出生日期 (年月日)	身分證字號	工作性質 (請詳填)	身故保險金受益人		投保等級	年繳保費 (請自行填寫)	保險公司填寫		
				姓名	與被保人關係			職業類別	員編	眷編
<input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更 員工							元			0
<input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更 員工父親						A	898元			2
<input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更 員工母親						A	898元			3

●約定事項：

1. 保險期間中途不再辦理加退保，員工離職或退休，保障至保單當年度為止，眷屬須與員工一併加保或退出。
2. 身故保險金受益人請自行指定(限指定家屬)。
3. 103年新加保之被保險人均須填寫「健康聲明書」，以保險公司收到參加表及健康聲明書，且經遠雄人壽核保通過後，方可追溯至約定生效日起生效。
4. 保險給付內容以正式保單內容為準。
5. 被保險人投保時已據實告知工作性質，且職業類別限1-4類。保險期間內，倘若工作性質變更且變更超過第4類，屬第5類(含)以上，則需書面通知遠雄人壽辦理退保。若未告知且保險事故已發生，則遠雄人壽將依「違反告知」不予理賠保險金，但遠雄人壽無息退還當年度保費。
6. 本保單一年到期續保時，要保單位及被保險人同意遠雄人壽可調整續保保險費及單一被保險人是否繼續續保之權利。(即被保險人不保證續保)
7. 現已加保之保戶，若本年度未如期繳回參加表，則本公司將以退保方式處理。

【聲明事項】

1. 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。
2. 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。

被保險本人(員工)同意上述保險內容及各項約定事項。

員工(本人)簽名：\_\_\_\_\_ 聲明日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

(被保險人/法定代理人)

\*請將本「參加表、健康聲明書」及「應繳總保費」於**07月23日**前交至中華大學之人事室承辦人，彙整後轉交遠雄人壽團體保險部。

\*如有疑問請來電 中華大學 人事室 葉順琬  
美聯保險經紀人(股)公司 鍾智傑 (行動電話 0935-087-508)

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

# 中華大學教職員福利團體保險 自費案參加表 (配偶及子女)

員工姓名：\_\_\_\_\_ 部門別：\_\_\_\_\_ 員工編號：\_\_\_\_\_

是的，我要參加「教職員暨眷屬福利優惠團保自費案」  否，我不參加。

●投保須知

1. 有效期間：103年08月01日零時起至104年08月01日零時止。
2. 繳別：年繳。
3. 參加資格：(眷屬投保額不可高於員工本人(公費+自費)，職業類別限1-4類。)
  - (1)配偶：服務於本公司之正式員工之合法配偶，初次承保年齡15歲至65歲，續保至70歲止。
  - (2)子女：自出生(且須正常健康出院)起至23歲止(限在學且未婚者)。15歲以下子女限投保C等級。

●投保內容(自費加保之保險計劃內容)：

險種/保額	投保等級	配偶		限15歲以上子女		子女
		A	E	B	D	C
團體傷害保險		50萬	100萬	20萬	50萬	---
團體傷害醫療保險實支實付A型		2萬		2萬		2萬
團體安家住院醫療保險甲型 (約定日數60日)	住院病房費用保險金限額	800元/日		800元/日		800元/日
	住院醫療費用保險金限額	10,000元/次		10,000元/次		10,000元/次
	外科手術費用保險金限額	20,000元/次		20,000元/次		20,000元/次
	轉換日額保險金	800元/日		800元/日		800元/日
新團體癌症保險	癌症住院醫療保險金	1,000元/日		1,000元/日		1,000元/日
	癌症休養保險金	500元/日		500元/日		500元/日
	癌症手術醫療保險金	15,000元/次		15,000元/次		15,000元/次
	癌症門診醫療保險金	500元/日		500元/日		500元/日
員工自付額		1,371元/人	1,696元/人	1,322元/戶	1,504元/戶	1,200元/戶

被保險人加保之名冊(資料填寫有修正，請於修正處簽名，新加保者請翻面填寫健康聲明書)

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>	出生日期 (年月日)	身分證字號	工作性質 (請詳填)	身故保險金受益人		投保等級	年繳保費 (請自行填寫)	保險公司填寫		
				姓名	與被保險人關係			職業類別	編號	眷編
<input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更 配偶							元			1
<input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更 子女							元			6
<input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更 子女							元			7
<input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更 子女							元			8

●約定事項：

1. 保險期間中途不再辦理加退保，員工離職或退休，保障至保單當年度為止，眷屬須與員工一併加保或退出。
2. 身故保險金受益人請自行指定(限指定家屬)。
3. 103年新加保之被保險人均須填寫「健康聲明書」，以保險公司收到參加表及健康聲明書，且經遠雄人壽核保通過後，方可追溯至約定生效日起生效。
4. 保險給付內容以正式保單內容為準。
5. 被保險人投保時已據實告知工作性質，且職業類別限1-4類。保險期間內，倘若工作性質變更且變更超過第4類，屬第5類(含)以上，則需書面通知遠雄人壽辦理退保。若未告知且保險事故已發生，則遠雄人壽將依「違反告知」不予理賠保險金，但遠雄人壽無息退還當年度保費。
6. 本保單一年到期續保時，要保單位及被保險人同意遠雄人壽可調整續保保險費及單一被保險人是否繼續續保之權利。(即被保險人不保證續保)
7. 現已加保之保戶，若本年度未如期繳回參加表，則本公司將以退保方式處理。

【聲明事項】

1. 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。
2. 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。
3. 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。

被保險本人(員工)同意上述保險內容及各項約定事項。

員工(本人)簽名：\_\_\_\_\_ 聲明日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

(被保險人/法定代理人)

\*請將本「參加表、健康聲明書」及「應繳總保費」於07月23日前交至中華大學之人事室承辦人，彙整後轉交遠雄人壽團體保險部。

\*如有疑問請來電 中華大學 人事室 葉順璇 美聯保險經紀人(股)公司 鍾智傑 (行動電話 0935-087-508)

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

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) 遠雄壽第 914 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
被保險人姓名	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，如有故意隱瞞、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
<b>投保 壽險 或 健康保險 者請勾選</b>	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"/>
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、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"/>
(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>	是	否	是	否	是	否
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 <sub>3</sub> 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"/>

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

要保單位及負責人蓋章

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：

保險公司認辦