

106 年度實踐大學(自費案)員工及眷屬優惠福利團保專案「參加表」

※生效日：106 年 08 月 01 日零時起至 107 年 08 月 01 日零時止。(保險期間一年期)

※參加資格：員工本人參加，始得附加眷屬；被保險人如具有實踐大學員工身份時，不得再以眷屬身份投保。

※承保年齡：

1. 員工及配偶：初次投保年齡為 15 歲至 65 歲，續保至 75 歲止。65 歲(含)至 75 歲限投保 E 等級。
2. 員工子女：投保年齡為 15 歲至 23 歲止(限在學且未婚者)，限投保 E、F 等級。

※職業類別限制：

1. 職業類別限 1~3 類。
2. A、C 等級限職業類別 1~2 類之被保險人投保。(職業類別認定依遠雄人壽職業類別分類表)

※保險內容等級限制：

1. 配偶投保保額不得高於員工本人。
2. 投保 A、B、E 等級之被保險員工，其子女限投保 E 等級。
投保 F、G 等級之被保險員工，其子女限投保 F 等級。其他等級不開放子女投保。

※自費案加保之保險計畫內容：

險種內容	等級/對象	等級 A	等級 B	等級 C	等級 D	等級 E	等級 F	等級 G
		員工、配偶	員工、配偶	員工、配偶	員工、配偶	員工、配偶、子女	員工、配偶、子女	員工、配偶
團體一年定期壽險	含意外、疾病造成之身故與全殘廢	250 萬	180 萬	--	--	--	--	--
新團體傷害保險	遭受意外造成之身故與殘廢	450 萬	280 萬	500 萬	300 萬	100 萬	100 萬	300 萬
團體重大燒燙傷傷害保險附加條款	遭受意外造成之重大燒燙傷	200 萬	140 萬	200 萬	150 萬	50 萬	50 萬	150 萬
團體意外醫療限額給付傷害保險附約	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醫療保險金	--	--	--	--	--	1 萬	3 萬
團體意外醫療住院日額給付傷害保險附約	遭受意外傷害事故經合格的醫院或診所治療者，本公司依照契約的日額給付醫療保險金	--	--	--	--	--	5 佰	15 佰
團體全心醫療健康保險附約 (約定日數 60 天) (實支實付或日額給付)	住院病房費用保險金	1,000 元/日				1,000 元/日		
	醫師診查費用保險金	500 元/日				500 元/日		
	醫療費用保險金	25,000 元/次		--	--	25,000 元/次		--
	手術費用保險金	35,000 元/次				35,000 元/次		
	住院醫療日額保險金	1,000 元/日				1,000 元/日		
團體傷害保險骨折未住院醫療給付附加條款	骨折未住院醫療給付，依骨折程度給付表最長 60 日	500 元	500 元	--	--	500 元	--	--
團體住院前後門診定額健康保險附加條款	於住院之前 14 日內，或出院後 14 日內，因同一事故而須門診治療之定額給付	250 元	250 元	--	--	250 元	--	--
每人年繳保費		6,480 元	4,460 元	2,400 元	1,440 元	1,380 元	670 元	2,010 元

※約定事項：

1. 保險期間內，倘若工作性質變更且變更超過第 4 類，屬第 4 類(含)以上，則需書面通知保險公司辦理退保。若未告知，且保險事故已發生，保險公司將依「違反告知」不予理賠保險金，但保險公司無息退還當年度保費。
2. 新加保之員工及眷屬若投保 A、B、E 等級或新增「團體全心醫療健康保險附約」之被保險人皆需填寫健康聲明書，經本公司核保通過後，方可生效。
3. 保險費一律採「年繳」方式。要保單位同意被保險人(含眷屬)之保險費用皆由要保單位自薪資中代為扣款轉交保險公司。
4. 員工退休或離職保障至保單當年度為止，眷屬須一併退保。
5. 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。本公司同意由該員工本人代為請領，即保險金給付之受款人為員工本人。
6. 實際保障內容以遠雄人壽保險事業(股)公司正式保單條款為準。
7. 要保單位及被保險人均同意取消保單條款更約權。
8. 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)
9. 現已加保之保戶，請於 7/25 前繳回參加表(不論是否續保，皆需繳回)。

員工姓名: _____ 服務單位/所: _____ 聯絡電話: _____

※加保者資料 (以下資料如有塗改, 請於塗改處簽名)

加保者(被保險人)姓名 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。簽名如下:	出生日期 民國年/月/日	身分證字號	工作內容 (請務必填寫)	身故保險金受益人 (請務必填寫)		投保等級	每人年繳保費	保險公司填寫		
				姓名	與被保險人關係			(請自行填寫)		職別
員工 <input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更						等級	元			0
配偶 <input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更						等級	元			1
子女 <input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更						等級	元			6
子女 <input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更						等級	元			7
子女 <input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更						等級	元			8
子女 <input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更						等級	元			9
※資料請於 07 月 25 日前交給邵遵華小姐 0939-862-664							保費合計	元		

※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

※聲明事項:

- 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。
- 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。
- 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。

※本人同意上述各項約定事項 員工簽名: _____ 聲明日期: _____年____月____日
(被保險人或法定代理人)

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
	審核: <input type="checkbox"/> 除外同意書簽署後承保: _____ <input type="checkbox"/> 無法受理加保(退件處理): _____ <input type="checkbox"/> 其他: _____		

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
被保險本人姓名	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	<input type="checkbox"/> 本人子女	<input type="checkbox"/> 本人父母

【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						
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？	<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"/>
(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、腎囊腫。	<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？	<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"/>
(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"/>
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"/>
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"/>
(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"/>
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	
保險公司經辦	

保險公司 審核結果說明：
檢附問卷 檢附除外同意書 其他：_____

履行個人資料保護法告知義務內容(團險適用)

遠雄人壽保險事業股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項規定,向 台端告知下列事項,敬請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:

人身保險(001)、金融服務業依法令規定及金融監理需要,所為之蒐集處理及利用(059)、金融爭議處理(060)、金融監督、管理與檢查(061)、保險監理(066)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、其他經營合於營業登記目的或組織章程所定之業務(181)等合理關連之特定目的。

二、蒐集之個人資料類別:

以 台端與本公司往來之業務及契約書、授權書及申請書等所列,包括姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等必要個人資料類別為限。

三、個人資料之來源:

- (一)要保人 (二)當事人之法定代理人、輔助人 (三)各醫療院所
(四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式:

- (一)期間:因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
(二)對象:本(分)公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之再保險公司、依法有調查權機關或金融監理單位。
(三)地區:上述對象所在之地區。
(四)方式:合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定,台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:

- (一)得向本公司行使之權利:1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.向本公司請求補充或更正。3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
(二)行使權利之方式:台端得至本公司團意部或透過免費客戶服務專線(0800-083-083)行使權利。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響:

台端若未能提供相關個人資料時,本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此可能婉謝承保、遲延或無法提供台端相關服務或給付。

台端若不同意上述告知事項,請於簽署附件放棄團體保險投保權利聲明書後,向本公司提交該聲明書,聲明放棄團體保險投保權利。未提交該聲明書者,視同同意本公司得依上述告知事項,對台端的個人資料為蒐集、處理及利用。

病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內,得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法等相關法令所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務),蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

此致

遠雄人壽保險事業股份有限公司

立同意書人(即被保險人)親簽: _____

若涉及要保人豁免保費或家屬附約投保申請時,須請要保人及家屬附約之被保險人親簽確認

未滿七足歲者,由法定代理人代為簽名

七足歲(含)以上未滿二十足歲者,由本人及法定代理人簽名

法定代理人親簽: _____ (與被保險人關係: _____)

(被保險人未滿二十足歲時,需其法定代理人親簽確認)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日