

《產品簡介》

隨著台灣人口結構老化快速，需長期照顧人口快速成長。且長期照護所需要的支出龐大，加上少子化加劇，青壯年人的養護負擔日益加重，所以事先的保險計劃是很重要的。**聯發保險經紀人股份有限公司（聯發保經）**受**全國教師工會總聯合會（全教總）**請託，與**新光人壽保險**合作推出「全教總-新光人壽關懷久久長期照顧團體健康保險專案」，是專屬於全教總會員和會員之家庭的長照保險計畫。

《保險給付項目》（詳細內容請參閱保單條款，105.12.01 新壽商開字第 1050000297 號函備查，107.09.14 依 107.06.07 金管保壽字第 10704158370 號函修正）

● 長期照顧一次保險金 ● 長期照顧分期保險金 ● 完全失能關懷保險金 ● 完全失能生活扶助保險金

* 被保險人於本契約有效期間內致成保單條款附表所列**永久完全失能程度**或因疾病、傷害、體質衰弱或認知障礙經醫院專科醫師診斷確定符合保單條款約定之「**長期照顧狀態**」者，新光人壽依照本契約約定給付保險金。* 本契約所稱「長期照顧狀態」係指被保險人經專科醫師診斷判定，符合保單條款所列之生理功能障礙或認知功能障礙二項情形之一者。

《保障方案》

新光人壽關懷久久長期照顧團體保險			
保險金額	10,000 元	20,000 元	10,000 元
會員、配偶、子女年繳保費	825 元	1,650 元	--
父母年繳保費	--	--	2,400 元

* 「長期照顧分期保險金」和「完全失能生活扶助保險金」的給付，以**一百八十次**為給付上限。若新光人壽已依保單條款約定給付「完全失能生活扶助保險金」，於給付「完全失能生活扶助保險金」期間，不另依保單條款之約定給付「長期照顧分期保險金」，反之亦然。* 「長期照顧一次保險金」和「完全失能關懷保險金」新光人壽按診斷確定日當時之保險金額的**八倍**給付，以給付一次為限。若新光人壽已依保單條款給付「完全失能關懷保險金」，不另依前項之約定給付「長期照顧一次保險金」，反之亦然。

《投保資格》

主被保險人需為正式受薪教師且為全教總會員者。會員本人、配偶、子女及會員父母投保年齡 15 足歲~65 歲，可續保至 70 歲。

* 夫妻同為教師不得互以眷屬身分再加保。而投保後離婚者，需辦理退保，其保障計算至繳費當年度保費到期日止。

《投保流程》

1. 填寫投保資料，可至**聯發保經官網(www.lianfa.tw)**下載投保資料。
2. 填寫後郵寄至：**台北市中山北路二段 102 號 12 樓之 2**，或預約業務人員到校服務取件（專員電話：02-25670629 陳惠琴）。

投保資料包含：●投保資料表(正本) ●健康聲明書(正本) ●病歷個資利用同意書(影本) ●全教總會員卡(影本) ●56 歲(含)以上需附普通體檢

《注意事項》

- 保障生效日：每個月均可辦理投保，並於每月 5 日扣款後生效。首次生效日為 2018/10/1。
- 繳費方式：保險費一律採年繳，信用卡繳費(限以會員本人所持有信用卡繳納保險費)。
- 續保需知：需符合投保資格且為全教總會員者方能續保。
- 各項變更：本團體保險契約續保期間，方可辦理變更。
- 免責期間：本商品免責期間為**九十日**。
- ●本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目。●消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定附加費用率 10 人以下：不超過 33% (含重大事故特別準備金提存率)。10 人(含)以上 50 人以下：不超過 28% (含重大事故特別準備金提存率)。50 人(含)以上：由契約雙方洽訂；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、新光人壽服務據點(免費服務及申訴電話：0800-031-115)或網站(網址：www.skl.com.tw)，以保障您的權益。●資訊公開說明請查詢新光人壽全球網際網路網址：www.skl.com.tw，或逕至全國各分公司電腦查詢、下載。●本商品為保險商品，依保險法及其他相關法令規定，受「人身保險安定基金」之保障；但本商品非存款商品，不受「存款保險」之保障。●人壽保險之死亡給付及年金保險之確定年金給付於被保險人死亡後給付於指定受益人者，依保險法第一百十二條規定不得作為被保險人之遺產，惟如涉有規避遺產稅等稅捐情事者，稽徵機關仍得依據有關稅法規定或稅捐稽徵法第十二條之一所定實質課稅原則辦理。相關實務案例請至新光人壽網站(www.skl.com.tw)查詢。●新光人壽地址：台北市忠孝西路一段 66 號。電話：(02)2389-5858，免費服務及申訴電話：0800-031-115。

聯發保險經紀人股份有限公司
台北市中山北路二段 102 號 12 樓之 2
電話：(02)2567-0629

本簡介僅供參考，詳細內容以保險單條款為準

全教總貼心提醒：1. 本商品僅為服務會員，不保證最低價。2. 購買前請務必詳閱保單條款。

LianFa 聯發保經

全國教師工會總聯合會會員自費團體保險投保資料表

107.08.31 修

要保單位：全國教師工會總聯合會

保單號碼：

保單證號：

投保生效日期：

要保單位核印：

◎保障內容與基本年繳保費 加保人員資料及投保內容：類別 () 全戶新加保、() 眷屬新加保、() 更改保險金額

保險種類		關懷久久長照團體健康保險								
計劃別	1	2		3						
保險金額	1 萬	2 萬		1 萬						
會員、配偶、子女年繳保費	825 元	1,650 元		-						
父、母年繳保費	-	-		2,400 元						
身份別	被保險人姓名	生日	國籍	身分證字號	手機號碼	受益人姓名/關係 受益人相關欄位 僅限樂 Call 保使用	受益人 身份證字號	受益人 生日	受益人 國籍	計劃別
會員本人					受益人地址			受益人電話		
					受益人地址			受益人電話		
配偶					受益人地址			受益人電話		
					受益人地址			受益人電話		
子女					受益人地址			受益人電話		
					受益人地址			受益人電話		
子女					受益人地址			受益人電話		
					受益人地址			受益人電話		
子女					受益人地址			受益人電話		
					受益人地址			受益人電話		
會員父親					受益人地址			受益人電話		
					受益人地址			受益人電話		
會員母親					受益人地址			受益人電話		
					受益人地址			受益人電話		

一、投保資格：

- 首次加保專案，主被保險人需為正式受薪員工且為全教總會員者，請提供教師會會員證影本。
- 會員本人、配偶、子女及會員父母投保年齡 15 足歲~ 65 歲。
於本團體保險契約有效期限內，正式受薪會員本人、配偶、子女及會員父母可續保至 70 歲。
會員申請加保且核保通過受理者，始受理其眷屬之加保申請。夫妻同為教師，不得互以眷屬身份再加保。
- 配偶指經戶籍登記之合法配偶。投保後離婚者，請通知本公司辦理退保，其保障計算至繳費當年度保費到期日止。

二、投保須知：

- 首次加保：填寫投保資料表、健康聲明書。加退保作業時間：每月 15 日前辦理，若有補辦事項請於當月 25 日前完成寄達本公司並核保通過者，保障生效日期為完成審核日之次月 1 日生效，若未於補辦時間內完成者即不受理。本公司對被保險人所應負之責任，經本公司同意受理後並扣款成功時，始生效力。販賣機構：聯發保險經紀人股份有限公司，授權全教總唯一販賣，其他教師團體須經全教總同意方能販賣。
地址：104 臺北市中山區中山北路二段 102 號 12 樓之 2 客戶服務電話：(02)2567-0629
- 保障期間：自本公司同意受理之生效日起，至本公司和全教總所訂團體保險契約上所載投保期間之末日。
- 繳費：保險費一律採年繳，限以會員本人所持有信用卡繳納保險費。投保第一年度，未滿一年者，按天數收取保費。若因續約有調整費率時，其續年度應繳保費，聯發保經通知保戶後，收取保費接續保障。
- 保險證：請款成功後，郵寄保險證至聯發保經，由聯發保經寄至會員本人。
- 續保：每年保險期間屆滿前，經本公司與聯發保險經紀人確認續保後，本公司提供續保通知函至聯發保經。所有依原保額續保之被保險人無需重填加保資料表，僅需將填寫完成之續保通知函傳真或郵件寄至聯發保經即可。**對於續保作業辦理期限內未回覆續保通知者，將視為同意續保並收取新年度保費。**
- 各項變更：每逢本團體保險契約續保期間，可申請辦理變更。如服務機關、保險金額、眷屬新加退保、退保等。
申辦保險金額變更增加者，請重填健康聲明書、投保資料表，由本公司重新核定後，保障始生效。
- 退保：請會員通知本公司辦理退保。當會員本人保障終止時，或續保時年齡逾 70 歲，或身故，其全戶眷屬保障亦同時終止。續保當年度當會員及其眷屬，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。
- 其他未盡事宜或疑義，概以本公司與全教總簽訂之團體保險契約所載全部事項及保單條款為依據。

本人已審閱新光人壽所提供之「保險單條款樣本」、「投保人須知」、「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」，並已於合理期間審閱前開全部條款並於充分了解其內容後方始簽章。嗣後前述資料若有修正時，同意新光人壽以電子文件或書面方式寄送通知，雙方之權利義務以修正後之文件為準。

會員簽名: _____ 配偶簽名: _____

子女簽名: _____ 子女簽名: _____ 子女簽名: _____

會員父親簽名: _____ 會員母親簽名: _____

成員(員工)地址: _____

聯絡電話: (H)() _____ (O)() _____ 行動電話 _____ E MAIL: _____

成員(員工)本人同意事項:

1. 成員(員工)本人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. 成員(員工)本人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,成員(員工)本人應配合重填信用卡授權書,以使扣款成功。立授權書人成員(員工)本人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: _____

信用卡有效期限: 西元 _____ 年 _____ 月止

卡號: _____ - _____ - _____

立授權書人(持卡人)簽名: _____
(需與信用卡簽名相同)

□茲員工本人同意(即員工本人即主會員暨要保人)向新光人壽保險股份有限公司投保自費團體保險,並同時依上述投保資料內所示之內容申請成為新光人壽旅行平安保險「樂Call保」專案會員,以便本人及從屬會員於「新光人壽旅行平安保險「樂Call保」專案會員約定書條款暨保險費信用卡授權書」(以下簡稱約定書暨授權書)有效期間內,使用電話投保方式為本人或其附加之配偶及直系親屬,投保新光人壽旅行平安保險之用,且已了解及同意約定書暨授權書各項內容及條款暨保險費信用卡付款授權條款事項;亦同意依以上述投保資料內所示之信用卡繳付本人及從屬會員依約定書暨授權書投保旅行平安保險及其附加條款之保險費。

申請日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

要保單位：					保單號碼：								
被保險人 (關係)	姓名	性別	出生 年月日	身份證字號				職業類別/ 工作內容	計劃別	身高 (公分)	體重 (公斤)		
(1)本人		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
(2)配偶		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
(3)子女		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
(4)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
(5)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
(6)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> 是(姓名：_____)；如勾選是者，請提供。 <input type="checkbox"/> 否。													
◎被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)? <input type="checkbox"/> 是(姓名：_____)；如勾選是者，請提供相關證明文件。 <input type="checkbox"/> 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。								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
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?								<input type="checkbox"/>					
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)				<input type="checkbox"/>					
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)								<input type="checkbox"/>					
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。				<input type="checkbox"/>					

	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
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。						
五、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"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
七、已確知懷孕? (懷孕 週) (女性被保險人回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)是否曾金屬中毒、化學中毒？ (如答覆是者，請圈選病症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※ 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	
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____		
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____		
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____		
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____		
<p>(1)本人(被保險人)同意新光人壽保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。</p> <p>(2)本人(被保險人、要保人)同意新光人壽保險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。</p> <p>(3)本人(被保險人、要保人)同意新光人壽保險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。</p>						
被保險人簽章		此致 新光人壽保險股份有限公司 台照			要保單位覆證：	
(1) 本人：	簽章	監 護 人：			簽名	
(2) 配偶：	簽章	法定代理人：			簽章	
(3) 子女：	簽章	法定代理人：			簽章	
(4) _____：	簽章	法定代理人：			簽章	
(5) _____：	簽章	法定代理人：			簽章	
(6) _____：	簽章	法定代理人：			簽章	
日 期：		年 月 日				
新 光 人 壽 專 用						
審 查 意 見				核 保 人 簽 章		
(1)本人：						
(2)配偶：						
(3)子女：						
(4)						
(5)						
(6)						

收件人：

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除上述說明書所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)· 本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。

立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致

聯發保險經紀人股份有限公司

立同意書人 (即被保險人) 簽名：_____

法 定 代 理 人 簽 名：_____

中 華 民 國 年 月 日