

【教師會全家福-理想專案】教職員工專屬自費團體保險計畫內容

保險等級內容		(說明)本專案需經新光人壽同意後,要保單位及被保險人方可受理加保,並以保險公司指定保單生效日為準。				
險種		計畫一	計畫二	計畫三	計畫四	計畫五
投保對象		本人、配偶、15歲以上子女	本人、配偶	本人、配偶	會員父母	未滿15歲之子女
初次投保年齡		65歲以下	55歲以下	55歲以下	70歲以下	15歲(含)以下
新團體定期保險		100萬	200萬	300萬	---	---
重大疾病附加條款(甲型)		10萬	10萬	10萬	---	---
重大燒燙傷		105萬	105萬	105萬	35萬	---
傷害保險		300萬	300萬	300萬	100萬	---
傷害住院日額		1500元	1500元	1500元	1000元	1500元
一年期(日額型)住院醫療團體保險		1500元	1500元	1500元	1000元	1500元
骨折未住院		2625元~45000元	2625元~45000元	2625元~45000元	1750元~30000元	2625元~45000元
珍愛防癌 (有等待期)	初次罹癌保險金	3萬	3萬	3萬	3萬	3萬
	住院醫療保險金	500元/日	500元/日	500元/日	500元/日	500元/日
	手術醫療保險金	2萬	2萬	2萬	2萬	2萬
	門診醫療保險金(含化放療)	500元	500元	500元	500元	500元
	出院後醫療保險金	100元/日	100元/日	100元/日	100元/日	100元/日
每人年繳保費		3,995元	5,795元	7,595元	3,190元	1,120元
險種		計畫六		計畫七	計畫八	
投保對象(退休會員)		本人、配偶、15歲以上子女		會員父母	未滿15歲以下子女	
初次投保年齡		65歲以下(無在職證明)		選擇計畫六之父母(70歲以下)	選擇計畫六之15歲以下子女	
新團體定期保險		---		---	---	
重大疾病附加條款(甲型)		---		---	---	
重大燒燙傷		35萬		35萬	---	
傷害保險		100萬		100萬	---	
傷害住院日額		1000元		1000元	1000元	
一年期(日額型)住院醫療團體保險		1000元		1000元	1000元	
骨折未住院		1750元~30000元		1750元~30000元	1750元~30000元	
每人年繳保費		1,890元		2,190元	870元	
保險範圍說明	(本說明僅供參考詳細內容請參閱要保單位之保單條款約定)					
團體一年定期壽險	保險有效期間內,發生完全失能或死亡時,本公司依照契約的約定給付保險金。					
團體健康保險重大疾病保險金批註條款(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、腦中風後障礙(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),新加保者,有90天等待期之限制。					
團體傷害保險	保險有效期間內(如於本契約生效後加保之被保險人,則係指加保生效日起),因遭受意外傷害事故,致其身體蒙受傷害而致失能或死亡時,本公司依照本契約的約定,給付保險金。					
團體重大燒燙傷保險給付	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。					
團體傷害住院日額保險	保險有效期間內,因意外傷害必須住院醫療時,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					
團體傷害保險骨折未住院醫療給付	保險有效期間內,遭受意外傷害事故致成骨折,並經醫師診斷確定,而未住院治療後,或已住院但未達骨折別所定日數表,其未住院部分本公司按骨折別所定日數乘以保單上所載該被保險人之骨折未住院醫療保險金日額給付『骨折未住院醫療保險金』,但給付日數以按骨折別所訂日數扣除實際住院日數為限。					
團體住院日額保險	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365天。新加保者,有30天等待期之限制。					
團體加護病房保險金	保險有效期間內,因意外傷害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45天。					
團體癌症健康保險	保險有效期間內,被保險人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。新加保者,有30天等待期之限制。					
被保險人	參加資格					
會員本人/配偶	初次投保年齡至65歲止,如保險公司同意續保則可續保至70歲止。(二、三計畫初次承保年齡限55歲以下)					
子女	出生且正常出院,如保險公司同意續保則可續保至23歲止。(未滿15足歲限參加計畫五、八)					
會員父母	初次投保年齡至70歲止,如保險公司同意續保則可續保至75歲止。					
公司名稱	理想保險經紀人事業發展(股)公司		服務電話		02-2761-3311 # 668(團保部)	



教師會全家福理想專案 113年度教職員工眷屬自費團體保險加/退保資料表

成員(員工)本人資料表: 為確保資料的正確性, 被保險人各欄資料請以正楷填寫, 如有塗改處請簽章確認。

姓名	身分證字號	出生年月日	聯絡電話
單位	員工編號	員工地址	

◎投保計劃與保費:

被保險人關係	被保險人姓名 (請正楷書寫並簽)	國籍	生日	身分證字號	工作內容	職業類別	計畫別	年繳保險費
成員(會員)								

子女未滿18足歲須法定代理人簽名: _____

◎投保須知: 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。

- 參加資格: 限教師會會員(教職員工)及其眷屬(配偶、子女、父母)且以「在台灣居留者」為限。
- 新加保者, 須填寫『健康聲明書』
- 加保: 請填寫投保資料表及健康聲明書, 指定受益人請填「團體保險身故保險金受益人指定暨變更申請書」。指定受益人如不同意填寫聯絡地址及電話, 則以員工最後所留之聯絡方式, 作為日後通知依據。被保險人同時具有多重身份時, 僅得選擇一種身分參加, 如夫妻同為正式成員(員工), 不得互以眷屬身份重複投保。
每月15日前辦理, 若有補辦事項於當月25日前完成者, 保障生效日期為完成審核日之次月1日生效。
新光人壽保險股份有限公司對被保險人所應負之責任, 經新光人壽同意受理並扣款成功時, 始生效力。
- 保險證: 請款成功後, 郵寄保險證至理想保經, 由理想保經提供保戶保險證。
- 退保: 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。
當會員本人保障終止時, 其全戶眷屬保障亦同時終止。
退保作業時間: 退保生效日期為本公司收件日之次月1日生效, 未到期保費按月數退還。
- 本契約的保險期間為生效日起至次年度2月1日, 請各成員(員工)及眷屬踴躍參與。
- 扣款不成功通知, 皆以主被保險人(員工)於投保資料所填寫之地址為發送依據, 主被保險人的住所有變更時, 應即以書面通知理想保經。主被保險人不做前項通知者, 本公司之通知, 得以主被保險人所留之最後住所發送之。

◎注意事項:

- 加保者需詳閱且同意投保說明之約定事項及相關規定。
- 實際保障內容以新光人壽保險(股)公司之正式保單條款為準。
- 本保單一年到期續保時, 要保單位及被保險人同意新光人壽保險(股)公司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)。
- 被保險人之職業類別限1~4類(職業類別認定依新光人壽職業類別分類表)。若中途變更工作性質為第5類(含)以上, 則需書面通知本公司辦理退保。

◎聲明事項: (1)本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。

(2)本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。

(3)本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。

成員(員工)本人同意事項:

- 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。
 - 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, 經相當期間催告後仍未給付, 則本投保不生效力。
 - 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

卡別: VISA Master Card JCB 聯合信用卡 立授權書人(持卡人)簽名: (須與信用卡簽名相同)

信用卡有效期限: 西元_____年_____月止

卡號: _____ - _____ - _____ - _____

此致 新光人壽保險股份有限公司 申請日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

會員本人: _____ 親簽 共一頁 要保單位簽章: _____



107年09月修訂

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)?
是(姓名: _____); 如勾選是者, 請提供。 否。

◎被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)?
是(姓名: _____); 如勾選是者, 請提供相關證明文件。 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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)						
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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(指竇性心跳過速、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。						

	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)						
※ 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	(1) 本人：			核 保 人 簽 章		
	(2) 配偶：					
	(3) 子女：					
	(4)					
	(5)					
	(6)					

收件人：

【 新光-教師團險投保流程 】

只需完成以下兩步驟便完成投保：

1. 填寫資料

- 除第一頁投保內容外，共計填寫 4頁:
 - 保險參加資料表
 - 健康聲明書
 - 理想個資同意書
- 並提供教師工會會員影本
- 繳費方式: 信用卡扣款

2. 將資料寄送至本公司

- 可用傳真或 email 先行寄送或掃描檔報備，再補寄正本
- 傳真號碼: 02-2756-2727
- email : lian.fa@msa.hinet.net
- 地址:110 台北市信義區東興路53號3樓
理想保險經紀人發展事業股份有限公司

■ 注意事項：

請於每月15日前，彙整資料寄達本公司，超過每月15日則延至下月受理，若有補辦事項，需於每月25日前補辦完成，經保險公司審核通過，以次月一日為其生效日。

若逾期未補全完成，則以補全完成之次月一日為保險生效日

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，此同意書係於本人意願下所為之意思表示。

此致

理想保險經紀人事業發展股份有限公司

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