

財團法人中華民國郵政職工福利委員會
第一產物團體傷害暨健康保險(員工及眷屬)要保/變更明細表

★員工資料(必填)

會員姓名	身分證字號	員工編號	部門別
聯絡地址			連絡電話

一、參加資格及投保規定

- 承保年齡: 投保方案一~方案三: 員工、配偶投保年齡為 15 歲~65 歲, 子女投保年齡為 0 歲~23 歲(在學且未婚可至 30 歲)。投保方案四~方案五: 配偶投保年齡上限為 15 歲~70 歲, 子女投保年齡為 0 歲~23 歲(在學且未婚可至 30 歲)。
- 投保規定
 - (1)會員限投保方案一, 員工需先投保後, 眷屬才能加保。
 - (2)眷屬可承保之職業類別限 1~2 類; 未滿 15 足歲子女限投保方案二及方案四。
 - (3)投保方案一~方案三 需要填寫健康告知書。
- 外籍人士請檢附居留証影本。

二、保險內容

保險計畫	方案一 (員工本人投保)	方案二 (未滿 15 足歲人員 投保)	方案三 (15 足歲~65 歲 之子女及配偶投保)	方案四 (未滿 15 足歲人員 投保)	方案五 (15 足歲~70 歲 之子女及配偶投保)
團體意外傷害保險	---	200 萬 (僅給付失能保險金)	300 萬	200 萬 (僅給付失能保險金)	300 萬
一~六級失能生活扶助保險金	---	---	75 萬	---	75 萬
傷害醫療保險金實支實付型	---	7 萬元	7 萬元	7 萬元	7 萬元
傷害醫療保險金住院日額型 (每次事故最高給付 365 日)	---	2,000 元	2,000 元	2000 元	2000 元
團體住院日額醫療保險(健康險) (每一住院最高 90 日)	1,000 元	1,000 元	1,000 元	---	---
每人年繳保險費	950 元	1,550 元	1,900 元	600 元	950 元

三、被保險人資料 (以下資料請以正楷填寫, 被保險人應親自簽名, 若有塗改請務必於塗改處簽名確認; 未參加者請勿填寫)

身份	被保險人姓名 (親自簽名)	身分證字號	出生日期	國籍	性別	工作性質	投保方案	每人保費
員工				<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____			方案一	
配偶				<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____			方案_____	
<input type="checkbox"/> 子女				<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____			方案_____	
<input type="checkbox"/> 子女				<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____			方案_____	
<input type="checkbox"/> 子女				<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____			方案_____	
<input type="checkbox"/> 子女				<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____			方案_____	
保費總計								

※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 否 如勾選是者, 請提供。
 ※被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)? 是 否 如勾選是者, 請提供相關證明文件。
 ※本人(被保險人)是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險? 是 否 (若塗改勾選為「否」, 則以收據正本申請理賠)
 ※身故保險金受益人: 法定繼承人 身故保險金受益人聯絡電話: _____ 地址:
 若身故保險金受益人指定為法定繼承人或要保人不同意填寫受益人聯絡地址及電話, 本公司將以要保人最後所留之聯絡方式, 作為身故保險金受益人之通知依據)

四、注意事項

- 本要保明細表為保險契約之一部份, 若不敷使用時請另填寫一張; 第一產物保險股份有限公司保留承保與否之權利。
- 本保單保險期間自民國 109 年 01 月 01 日零時起至民國 110 年 01 月 01 日零時止。若被保險人於保單生效後申請加保請於當月 25 日前書面提出申請, 保險生效日則以次月 1 日零時起。

員工簽名: _____ 法定代理人簽名: _____ 中華民國_____年_____月_____日

※ 如對內容說明有任何不清楚的地方, 煩請聯繫服務人員為您說明: 服務人員: 黃瑞明副總服務專線: 0908-406621
 信律保險經紀人 台北市松山區敦化北路 222 巷 12 號 6 樓 02-25469147

被保險人告知事項(投保方案一~方案三者需填寫)

項目	被保險人姓名					
一、被保險人目前身高體重。	公分	公分	公分	公分	公分	公分
	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
二、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？(可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
三、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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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？ 1.高血壓症(指收縮壓 140mmHg 或舒張壓 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。 2.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。 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(GPT、GOT 值檢驗值有異常情形者)。 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
五、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？ 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。 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。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
六、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼機能障礙。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
七、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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
八、被保險人為女性者： 1.過去一年內曾有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血，而接受醫師治療、診療或用藥？ 2.是否已確知懷孕？如是，已經幾週？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
說明欄	上列各項答覆為「是」，請於本欄註明被保險人姓名、問題題號、大約就診情形(包含病名、罹病時間、治療情形、醫院名稱)及目前狀況。					
聲明事項	被保險人向第一產物保險公司(以下簡稱 貴公司)聲明同意下列事項： 1.本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、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(被保險人、要保人)同意 貴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.(1)本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。 (2)本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。					
被保險人簽名						

中華民國 年 月 日

保險公司內部使用欄	核定
<input type="checkbox"/> 承保 <input type="checkbox"/> 調整方案別	
<input type="checkbox"/> 拒保 <input type="checkbox"/> 延期	

※ 如對內容說明有任何不清楚的地方，煩請聯繫服務人員為您說明：服務人員：黃瑞明副總服務專線：0908-406621
信律保險經紀人 台北市松山區敦化北路 222 巷 12 號 6 樓 02-25469147



SINCE 1962

第一產物保險股份有限公司

特約商店代號：15833937700

信用卡類別： VISA CARD MASTER CARD JCB CARD

發卡銀行：

信用卡卡號：-

持卡人身份證號碼： 持卡人出生年月日：民國 年 月 日

信用卡有效日期：西元 年 月 止

持卡人聯絡電話： 行動電話：

持卡人與被保險人關係： 1. 本人 2. 要保人 3. 配偶 4. 直系親屬 5. 其他：

經辦員簽章：

持卡人簽名：

授權日期
年 月 日

授權號碼

保險費

簽帳日期：年 月 日

Table with columns: 被保險人, 保單或保卡或保險證號碼或繳費號碼 (選擇一種即可), 拾, 萬, 仟, 佰, 拾, 元. Includes a total row: 共計 件, 總金額 NT\$

※ 請核對持卡人簽名是否與信用卡簽字相同

註：1. 持卡人同意以信用卡支付上開保險金額予第一產物保險公司並保證上列信用卡資料為詳實無訛。

2. 本項交易若未獲發卡銀行核准，則本保險費簽帳單自動失效，第一產物保險公司得重行收費。

繳費證明或刷卡單請連同要保書寄至信律保險公司，以利後續承保入帳作業。

申請書及繳費資料，請於當月 25 前，傳真或郵寄至收件單位，於次月 1 日零時起

-----裁-----切-----線-----

Form for 郵政劃撥儲金存款單. Includes fields for amount (05499777), recipient (第一產物保險股份有限公司), and postal address details.

要保單位：財團法人中華民國郵政職工福利委員會

保險期間：109/01/01-110/01/01

保險項目		方案一 (限員工投保)	方案二 (未滿15足歲人員投保)	方案三 (15足歲~65歲之 子女及配偶投保)	方案四 (未滿15足歲人員投保)	方案五 (15足歲~70歲之子女及配偶投保)
意外事故團體傷害保險身故(喪葬費用)或失能保險金		---	200萬 (僅給付失能保險金)	300萬	200萬 (僅給付失能保險金)	300萬
一至六級失能生活輔助金		---	---	75萬	---	75萬
傷害醫療保險金實支實付型		---	7萬	7萬	7萬	7萬
傷害醫療保險金住院日額(每次事故最高給付365日)		---	2000元	2000元	2000元	2000元
團體住院日額醫療保險(健康險) (每一住院最高90日)		1000元	1000元	1000元	---	---
保險生效日	投保天數					
109/01/01	365	950	1,550	1,900	600	950
109/02/01	334	869	1,418	1,739	549	869
109/03/01	306	796	1,299	1,593	503	796
109/04/01	275	716	1,168	1,432	452	716
109/05/01	245	638	1,040	1,275	403	638
109/06/01	214	557	909	1,114	352	557
109/07/01	184	479	781	958	302	479
109/08/01	153	398	650	796	252	398
109/09/01	122	318	518	635	201	318
109/10/01	92	239	391	479	151	239
109/11/01	61	159	259	318	100	159
109/12/01	31	81	132	161	51	81