

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暨眷屬自費加保專案」

一、投保資格及投保規定

- 1、承保對象：中華郵政現職之員工(以下簡稱『員工』)及其眷屬(限父母、配偶及子女)。
- 2、承保年齡：
 - (1)員工投保年齡為15足歲至65足歲者。
 - (2)員工之子女限出生並健康出院至30足歲在學且未婚者(已婚子女限未滿24足歲)。
 - (3)員工之父母及配偶承保年齡以70足歲為限，但續保時可至75足歲。
- 3、投保規定
 - (1)員工僅限投保方案一、二；員工及其眷屬需員工本人已投保公費專案後，方可加保本專案。
 - (2)眷屬投保之職業類別以一至四類為限，但：
 - A.未滿15足歲子女限投保方案八及九；
 - B.員工之父母僅限投保方案十。
 - (3)除投保方案三及十者外，投保其餘方案，以及65歲以上之被保險人，均需填寫「被保險人告知事項」。
 - (4)被保險人已投保產、壽險業「傷害醫療保險金實支實付型」保單三張以上(含)者，不得投保本專案之方案六至九及十。
 - (5)詳細投保規定，依「保險內容」為限。
 - (6)本保單保險期間自民國 110 年 2 月 1 日零時起至民國 111 年2月1 日零時止。若被保險人於保單生效後申請加保，請於當月25日前以書面提出申請，保險生效日為次月1日零時起。
- 4、非中華民國國籍者投保時，請務必檢附居留証影本。

二、保險內容(保險項目、金額及保費)

| 保險計畫 | 方案一 (員工本人投保) | 方案二 (員工本人投保) | 方案三 (員工之配偶及15足歲以上之子女投保) | 方案四 (員工之配偶及15足歲以上之子女投保) | 方案五 (員工之配偶及15足歲以上之子女投保) |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 團體意外傷害保險 | ---- | ---- | 300萬元 | 300萬元 | 300萬元 |
| 一至六級失能生活扶助保險金 | ---- | ---- | 75萬元 | 75萬元 | 75萬元 |
| 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 | 2,000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 | 2,000元 | ---- | 1,000元 | 2,000元 |
| 每人年繳保險費 | 950元 | 1,900元 | 950元 | 1,900元 | 2,850元 |

| 保險計畫 | 方案六 (員工之配偶及15足歲以上之子女投保) | 方案七 (員工之配偶及15足歲以上之子女投保) | 方案八 (員工之未滿15足歲子女投保) | 方案九 (員工之未滿15足歲子女投保) | 方案十 (員工之70足歲以下父母投保) |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 團體意外傷害保險 | 300萬元 | 300萬元 | 200萬元 僅給付失能保險金 | 200萬元 僅給付失能保險金 | 100萬元 |
| 一至六級失能生活扶助保險金 | 75萬元 | 75萬元 | 75萬元 | 75萬元 | 75萬元 |
| 傷害醫療保險金實支實付型 | 7萬 | 7萬元 | 7萬元 | 7萬元 | 3萬元 |
| 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 | 2,000元 | 2,000元 | 1,000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 | 2,000元 | 1,000元 | 2,000元 | ---- |
| 每人年繳保險費 | 2,100元 | 3,050元 | 1,750元 | 2,700元 | 980元 |

※被保險人前往「全民健康保險特約醫療機構」以外之醫院或診所治療，或未以「全民健康保險被保險人」身份治療時，本公司就其實際醫療費用之百分之七十，在「傷害醫療保險金實支實付型」內給付「實支實付傷害醫療保險金」。

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暨眷屬自費加保專案」
要保暨變更明細表

一、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 | |

二、被保險人資料 (以下資料請以正楷字體書寫，被保險人應親自簽名，若有塗改請務必於塗改處簽名確認；未投保者請勿填寫)

| 身份別 | 被保險人姓名 (親自簽名) | 身份證字號 | 出生日期 | 國籍 (外國籍者，請填寫國別) | 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： | |
| 配偶 | | | | <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍： | | | 方案： | |
| 父母 | | | | <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍： | | | 方案： | |
| 父母 | | | | <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 (若勾選「否」者，需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)

三、注意事項

- 1、本要保明細表為保險契約之一部份，請務必詳細確實填寫，若不敷使用時請另填寫一張。
- 2、第一產物保險股份有限公司保留對被保險人承保與否之權利。

員工簽名：_____ 未成年者法定代理人簽名：_____ 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。

信律保險經紀人地址：高雄市苓雅區中華四路53號7樓，電話：07-3327259轉分機10(黃小姐)或分機11(陳小姐)分機16(卓小姐)

被保險人告知事項

(除投保方案三、十及十一者外，投保其餘方案，以及65歲以上之被保險人，均需填寫)

| 項目 | 被保險人姓名 | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| | 公分 | 公分 | 公分 | 公分 | 公分 | 公分 |
| 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？_____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。 4.本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保 貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知 貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 貴公司仍承保者， 貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。 | | | | | |
| 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 | |