

中華郵政職工福利委員會員工及眷屬團險自費 關懷久久/重大疾病保險投保資料表

壹・參加資格及投保規定

1. 保險期間：113 年 01 月 01 日零時起至 114 年 01 月 01 日零時止，為期一年。
本次自費案調查日期為 **113 年 02 月 01 日止**。
2. 參加資格及年齡限制：限本公司所屬正式員工及其直系眷屬(配偶、子女) 且以「在臺灣居留者」為限。
(1) 員工/配偶/父母：疾病給付險種自滿 15 足歲至 65 歲；續保最高可 70 歲。
(2) 子女：承保年齡 15 足歲至 23 足歲仍未婚者。
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。
3. 加保：
(1) **員工本人需加保，眷屬始得申請加保，眷屬保障不可高於員工**。配偶及子女皆是員工者，則均應以員工身分投保，所有投保之員工及眷屬不得重複投保。例如：*夫妻同為員工，不得互以眷屬身份再加保。*被保險人同時具備會員及眷屬(子女)身分時，不得互以眷屬身份再加保。
(2) 首次申請加入本自費案之被保險人，均需填寫投保資料表及健康聲明書，**56 歲(含)以上者需檢附普通體檢(身高/體重/血壓/尿液常規)**。
(3) **員工及眷屬中途不辦理加退保作業**，離職及退休員工其眷屬自費案保險效力可持續至該年度結束。
4. 受益人：醫療保險金受益人為事故者本人，身故保險金受益人為法定繼承人，如欲指定身故受益人，請填寫受益人相關資料。
5. 退保：眷屬欲退保者請通知新光人壽辦理退保作業，保障計算持續至該年度結束。員工投保後退休或離職，由要保單位造冊通知保險公司投保至當年度保單滿期。
本契約的保險期間為一年，每年保險期間屆滿前，保險公司將視保單狀況重新評估調整。
6. 續保：每年保險期間屆滿前，本公司若未收到被保險人退保申請，則視為同意續保並收取新年度保費。
7. 扣款不成功通知，由新光人壽印列表單，統一寄發予保經公司，再由保經通知各個被保險人，主被保險人的住所有變更時，應即以書面通知信律保險經紀人有限公司。
8. 匯款繳交保險費聲明：由信律保經收齊「自費投保資料表+自費保費(以新壽開立收據為準)」，彙整統一向新光人壽做投保申請。

貳・保險內容：

保險內容	員工/配偶/15 歲以上子女								
	01	02	03	04	05 父母	06	07	08	09
團體新定期壽險	1 萬	1 萬	-	-	-	1 萬	1 萬	1 萬	1 萬
團體住院日額	500 元	1000 元	-	-	-	500 元	500 元	1000 元	1000 元
初次罹癌-方案 A	5 萬	10 萬	-	-	-	5 萬	5 萬	10 萬	10 萬
癌症身故-方案 A	1 萬	1 萬	-	-	-	1 萬	1 萬	1 萬	1 萬
團體重大疾病(甲型)	10 萬	10 萬	-	-	-	10 萬	10 萬	10 萬	10 萬
關懷久久長期照顧	-	-	1 萬	2 萬	1 萬	1 萬	2 萬	1 萬	2 萬
每人保費	1,370 元	2,287 元	900 元	1,800 元	2,700 元	2,270 元	3,170 元	3,187 元	4,087 元

如欲參加者，請填寫下頁投保資料表

繳費方式為匯款者請附上匯款單影印本以利銷帳，

匯款帳號：中國信託銀行(代碼 822) 南高雄分行 帳號 495-540-57551-6 (戶名：信律保險經紀人有限公司)

續年度同意自動續保以此信用卡扣款。(信用卡授權書詳下頁)

※若有任何問題請電洽服務窗口-信律保經通訊地址：高雄市前金區中華四路 349 號 6 樓(信律保險經紀人有限公司)

1.業務服務窗口-台北：吳麗美 0985-333008 高雄：郭同志 0933-658308

2.行政、理賠諮詢窗口聯絡電話：(07)332-7259 分機 10 李佳馨、分機 11 陳秀榕、分機 16 卓俊秀

理賠收件窗口：分機 32 黃敏晴

3.電子信箱：crs0075@gmail.com 傳真：(07)334-5758、(07)331-2786

4.匯款帳號：中國信託銀行(代碼 822) 南高雄分行 帳號 495-540-57551-6 (戶名：信律保險經紀人有限公司)

繳費方式為匯款者，請務必附上匯款單影印本以利銷帳

107年09月修訂

要保單位：財團法人中華民國郵政職工福利委員會						保單號碼：									
被保險人 (關係)	姓名	性別	出生 年月日	身分證字號						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。										脊 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)															
(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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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)															
(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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	(1)本人：					核 保 人 簽 章
	(2)配偶：					
	(3)子女：					
	(4)					
	(5)					
	(6)					

收件人：