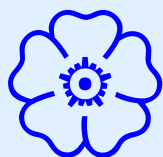




中華電信工會 團體保險

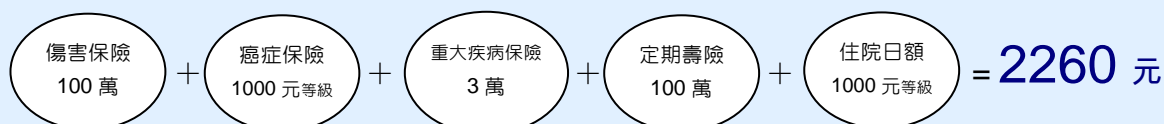


最夯的團體保險

.....買就對了！

員工在職投保.....退休後全家可續保至員工 70 歲，簡直就是終身保險

舉例：60 歲以下，投保計劃一為例(年繳)



(61 歲以上保額請參照背面的"投保內容")

承保公司：國華人壽

規劃服務：寶祥保險經紀人

優惠產品：1. 汽機車保險：由寶祥為您比價，慎選服務讓您省更多。

2. 旅遊平安保險：國內外旅遊、出差、遊學（適合短期國內外旅遊）。

折線-----

新加保請於當月 20 日前辦理，約定次月一日生效（辦理時間：自 99.03.01~99.06.20 截止）

寄件人：

廣告回信

台灣北區郵政管理局登記證

北台字第 13002 號

(免貼郵票)

收件人：

23444

臺北縣永和市保生路 1 號 12 樓之 6

寶祥保險經紀人 股份有限公司 收

▼請用膠帶封口



◆保險期間：自 _____ 至 _____ 止 **第一次投保限員工在職** 編號：_____

基本資料	員工姓名	身分證字號		出生日期	員工代號
	服務單位/職稱	e-mail			
	聯絡電話 (請留2支以上)	公：_____	宅：_____	手機：_____	傳真：_____
	通訊地址	□□□□□□			

*請以正確填寫右列資料	身分	被保險人姓名	身分證字號	出生年月日	詳細工作內容 (例：行政文書、機房維護...)	身高/體重	計劃別 (1.2.3)	保險費	身故受益人姓名 <small>員工可指定(未指定為法定繼承人)</small>
	員工本人								眷屬身故受益人為員工本人 收件章
	配偶								
	子女1								
	子女2								
子女3									
子女4									主被保險人簽名(員工)：_____
>殘廢保險金及醫療保險金之受益人為被保險人本人。 >投保對象及保險內容請詳閱投保說明書，資料表請自行影印留存。 >第一次投保及續保均按實際年齡辦理承保					人數 / 合計保費	_____人 _____元		日期：____年__月__日	

繳費方式

1. 郵政劃撥 (劃撥帳號：18439721 戶名：寶祥保險經紀人股份有限公司)

2. 郵政媒體轉帳 (茲依照中華郵政受託代繳款項辦法之規定，依被保險人之帳戶扣繳寶祥規劃電信團體保險費。)

存簿儲金局號：□□□□□□—□	立委託書人簽名及身分證字號：(限上列投保被保險人)
存簿儲金帳號：□□□□□□—□	簽名：_____ 身分證字號：_____

註：合約期間本公司將通知續保，採郵政媒體轉帳如未表示不續保或變更者，本人同意按原承保內容及帳號扣繳續年度保險費 (資料表寄回後，如於生效日前，有就醫記錄者，請逕向寶祥索取健康聲明書，履行告知義務)

* 投保對象及投保計劃一覽表：(第一次投保限員工在職 65 歲以下，退休後全家可續保至員工 70 歲)

投保對象	員工(在職)65歲以下	配偶 65歲以下	子女 (沒有 23 歲上限及婚姻限制)	
			未滿 15 足歲	15 足歲以上
計劃別	60 歲以下：可選計劃一~四 61 歲以上：可選計劃五~八	60 歲以下：可選計劃一~三 61 歲以上：可選計劃五~七	限選計劃一 【保險費 750 元】	限選計劃一~計劃三

* 投保內容：第一次投保及續保均按實際年齡選擇計劃別，眷屬計劃別不得大於員工本人。

投保年齡	60 歲以下					61 歲~70 歲				
	計劃一		計劃二	計劃三	計劃四 (限員工)	計劃五	計劃六	計劃七	計劃八 (限員工)	
保險給付/計劃別	未滿 15 足歲	15 足歲以上								
年繳保險費 (元)	750 元	2260 元	2770 元	3280 元	4300 元	2260 元	2770 元	3280 元	4300 元	
傷害保險	意外身故給付	--	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
	殘廢保險金(依殘廢等級表)	--	5~100 萬元	10~200 萬元	15~300 萬元	25~500 萬元	5~100 萬元	10~200 萬元	15~300 萬元	25~500 萬元
癌症醫療	癌症住院日額 (無上限)	1000 元	1000 元				500 元			
	癌症門診日額 (限 90 日)	1000 元	1000 元				500 元			
	癌症手術 (每次/需住院期間)	1 萬元	1 萬元				5000 元			
重大疾病保險	重大疾病保險 (一次為限)	3 萬元	3 萬元				1 萬元			
定期壽險	疾病或意外身故或全殘給付	--	100 萬元				20 萬元			
住院日額	疾病或意外住院 (1-30 日)	每日 1000 元	每日 1000 元				每日 500 元			
	疾病或意外住院 (31-60 日)	每日 1250 元	每日 1250 元				每日 625 元			

註一：本專案採組合套餐方式投保，但保險公司得依核保條件及被保險人健康狀況核定承保項目。
 註二：投保後不得增加保額及眷屬；除新婚配偶、新生子女。
 註三：(1)員工、配偶：於國華人壽投保傷害保險個人累計不得超過 600 萬。
 (2)子女 15 足歲以上在學者，於國華人壽傷害險投保累計不得超過 300 萬。
 (3)子女未滿 15 足歲者，依照保險法 107 條修正文義，定期壽險及傷害保險暫時不提供投保。
 (4)外籍配偶限投保傷害保險 100 萬元、癌症醫療保險 1000 元級及重大疾病保險 3 萬元，其他險種不得加保。
 註四：員工在職期間本人及其眷屬，不論工作性質，均可投保。但員工退休後全戶工作性質限職業類別第四類以下 (職業類別依據台灣地區職業類別分類表為準)



國華人壽保險股份有限公司

團體保險被保險人健康告知聲明書

註：請填以下資料
1.基本資料
2.告知事項
3.簽名欄

備查文號：中華民國 96 年 11 月 01 日 (96) 華壽企數字第 1595 號

團體保險單號碼：_____ X _____

要保單位：_____ X _____

團體保險部收件章

日期：_____

一、基本資料

關係	被保險人姓名	出生日期	職業(工作性質)	兼業	身高	體重	關係	被保險人姓名	出生日期	職業(工作性質)	兼業	身高	體重
本人							子女						
配偶							子女						
父親	---	---	---	---	---	---	子女						
母親	---	---	---	---	---	---	子女						

二、告知事項

●被保險人對下列告知事項應據實告知並親自填寫，如有隱匿、遺漏或不實之說明，足以影響本公司對於危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約中該被保險人部分，保險事故發生後亦同。	本人	配偶	父親	母親	子女	
	是	否	是	否	是	否
1.過去兩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"/>
2.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"/>
3.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(GTP、GOT 值超過參考值以上)。(5) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。(6) 視網膜剝離或出血、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"/>
4.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、高血壓症。(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"/>
5.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.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"/>
7.是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(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"/>
8.過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？(投保傷害險回答) (1) 高血壓症(指收縮壓 140mmHg 或舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2) 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症。(3) 癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。(4) 糖尿病。(5) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6) 視網膜出血或剝離、視神經病變。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.目前身體機能是否有下列障害？(投保傷害險回答) (1) 失明。(2) 是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表 0.3 以下。(3) 聾。(4) 是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB) 以上。(5) 啞。(6) 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7) 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

答覆為「是」時	以上各項答覆為「是」時，請註明號數並詳細說明，如有診察治療紀錄，請告知診治原因、就診大約日期、治療期間、醫院名稱及病歷號碼。						
	題號	姓名	診治原因	就診大約日期	治療期間	醫院名稱	病歷號碼

三、聲明事項

- 本人(被保險人)同意國華人壽保險股份有限公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
- 本人(被保險人)同意國華人壽保險股份有限公司將本要保書上載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
- 本人(被保險人)同意國華人壽保險股份有限公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。

簽名欄	要保單位 _____ X _____ 簽章	被保險人父母親 _____ X _____、_____ X _____ 簽名
	被保險人本人 _____ 簽名	被保險人子女 _____、_____、_____ 簽名
	被保險人配偶 _____ 簽名	法定代理人 _____ 簽名 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (請親自簽名，若被保險人未滿 20 歲或無完全行為能力者，需法定代理人簽名)

團體保險部審核欄	中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
核定	覆核
	初核

註：新加保及增額投保人員全部都要親自簽名，還不會寫字可員工代簽，子女 20 歲以下者，員工請另簽法定代理人。



中華電信工會 團體保險 投保說明書

一、保險範圍：(本內容僅供參考，詳細內容以保單條款為準。)

- (1)**傷害保險**：被保險人於本契約有效期間內，因遭受非由疾病引起之外來突發事故，致其身體蒙受傷害而致成殘廢或死亡時，依照本契約的約定，給付保險金。
 ※特定傷害(意外)雙倍給付：(1)被保險人係以乘客身份搭乘公共車輛，此種車輛必須由公共汽車司機駕駛且係行駛於一定之路線上者。
 (2)被保險人搭乘普通大廈之電梯時。
 (3)戲院、旅館或其他公共場所發生火災，被保險人於起火時已在該場所內，而保險事故復係由於該項火災所致者。
- (2)**癌症醫療**：被保險人於本契約生效日後第 31 日起，經醫師診斷為第一次罹患癌症者，以治療癌症為直接目的，本公司按保險金額給付各項保險金。
 癌症之治療需於合法經營具有診斷及治療癌症設備之公私立、教學或保險公司認可之醫院(不含診所)。(癌症門診只限一般癌症門診;化學及放射線治療門診不屬保險範圍;癌症門診不包含住院期間門診。)
- (3)**重大疾病保險**：自生效日後第 31 日起，經醫師診斷確定為第一次罹患重大疾病者。重大疾病之給付以一次為限。
 ※七項重大疾病病名為：心肌梗塞、冠狀動脈繞道手術、腦中風、慢性腎衰竭(尿毒症)、癌症、癱瘓、重大器官移植。
 ※申請重大疾病者須於保險事故發生後 10 日內報備，本公司提供不同病名申請手續。
- (4)**定期壽險**：被保險人於保險有效期間內因疾病或意外致死或全殘廢時，給付保險金，如給付身故或全殘廢保險金後，本保險之效力自動終止。
- (5)**住院日額**：被保險人於本契約生效日後因意外或第 31 日起所開始發生之疾病，經合格醫師診斷需住院治療時，本公司按醫師診斷證明書上所載明之實際住院日數(不需要正本收據)給付住院津貼，惟每次事故最高申請 60 日。同一病名間隔 14 日，才能重新起算，否則合併計算。

註：本專案免體檢，每一被保險人第一年度(含增額或投保項目)保險生效日前如已罹患心臟病、腦血管疾病、肝硬化、糖尿病(注射或口服胰島素)、慢性腎衰竭(尿毒症)、癌症、癱瘓、重大器官移植及先天性疾病之一者，不屬於保險範圍，請勿投保。但在保險有效期間內始罹患患者，仍可繼續投保。

二、除外責任(不理賠項目)：

- 傷害保險**：①要保人、被保險人的故意行為。②被保險人犯罪行為。③被保險人飲酒後駕(騎)車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。④戰爭(不論宣戰與否)、內亂及其他類似的武裝變亂。⑤因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。
- 定期壽險**：①要保人故意致被保險人於死。②被保險人故意自殺或自殘廢。③被保險人因犯罪處死或拒捕或越獄致死或殘廢。
- 住院日額**：①故意行為(包括自殺及自殺未遂)。②犯罪行為。③非法施用防制毒品相關法令所稱之毒品。④美容手術、外科整型(但為重建其基本功能所作之必要整型，不在此限)。⑤外觀可見之天生畸形。⑥非因當次住院事故治療之目的所進行之牙科手術。⑦裝設義齒、義肢、義眼、眼鏡、助聽器或其它附屬品。但因遭受意外傷害事故所致者，不在此限，且其裝設以一次為限。⑧健康檢查、療養、靜養、戒毒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者。⑨懷孕、流產或分娩及其併發症。但部分情形不在此限(詳條款說明)。

三、保險效期：本保險效期為期一年。在團保契約有效下，員工退休後員工及配偶子女仍可續保至員工 70 歲。(配偶如滿 70 歲即不可加保)但於保險期間中途離職者，其保險效力仍延至該被保險人之保險期滿日止。

四、續保規定：本公司將於保險期滿日前以平信寄發續保通知，通訊地址如有異動惠請更正。
 在團保契約有效下，其個人原投保內容仍得繼續投保，續保件免除 30 日之等待期限制。
 中斷者不可重新投保。

五、保險證及繳費證明單：自生效日起 30 日內寄達指定地址。

六、承保公司：國華人壽保險股份有限公司

七、規劃服務：寶祥保險經紀人股份有限公司

寶祥保險經紀人

電話：(02)22201-6319 0800-000-559/傳真：(02)2231-6204 (02)8660-6166

地址：23444 台北縣永和市保生路 1 號 12 樓之 6

e-mail：pro.ins@msa.hinet.net/網址：www.proinbro.com.tw

投保
流程

填寫

1. 資料表空白處
2. 健康告知聲明書

傳真

1. 資料表
2. 健康告知

寄回

1. 資料表
2. 健康告知

通知繳費