# 【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。

| 検   株   計畫一   計畫三   計畫四   計畫五   計  | 保險等級內容  (說明)本專案需經新光                             | :人壽同意後,要保             | 民單位及被係                   | 験人  | 方可受理加保,並                 | 以保險公司              | 引指定例         | 吊單生效日為準。              |  |
|--|---|-----------------------|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------|--------------|-----------------------|--|
| 15歳以上子女   15歳以上子女   15歳以下   55歳以下   70歳以下   15歳(合)以下   15歳(合)以下   100萬   200萬   300萬       100元   10萬   100萬   35萬   100萬   100萬   1000元   1500元   100元/日   2萬   500元/日   100元/日   1000元   1 | 險種  | 計畫一                   | 計畫                       |     | 計畫三                      | 計畫                 | 四            | . —                   |  |
| 新画體定期保險 100萬 200萬 300萬   | 投保對象  | 本人、配偶、<br>15歲以上子女     | 本人、配偶                    |     | 本人、配偶                    | 會員么                | <b>〈母</b>    | 未滿 15 歲之<br>子女        |  |
| ■大疾病附加條款(甲型) 10萬 10萬 10萬 10.萬 10.萬 10.萬 10.萬 10.萬 10   | 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              |  |
| 重大焼燙傷         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         2625元-45000元         1500元         2625元-45000元         1070元-30000元         2625元-45000元         2600元         300元         300元         300元         300元         300元         300元         300元         300元         300元         500元         500元         500元         500元         500元         100元付         26         26         500元         100元付         26         36         500元         100元付         26         36         500元         100元付         100元付         100元付         26         500元         100元         100元付         100元付         100元         100元         1100元         1100元         100元         100元         100元         100元  | 新團體定期保險   | 100 萬                 | 200 萬                    | j   | 300 萬                    |                    |              |                       |  |
| 傷害住院日額       300 萬       300 萬       300 萬       100 克          信害住院日額       1500 元       2625 元 ~45000 元       1750 元 ~30000 元       1750 元 ~30000 元       1000 元       1750 元 ~30000 元       1750  | 重大疾病附加條款(甲型)                                    | 10萬                   | 10萬                      | 1   | 10 萬                     |                    |              |                       |  |
| 傷害住院日額         1500 元         1500   | 重大燒燙傷   | 105萬                  | 105萬                     |     | 105萬                     | 35萬                |              |                       |  |
| 一年期(日額型)住院醫療團體保險       1500 元       2625 元~45000元       2625 元~45000元       1750元~30000元       1750元~30000元       1750元~30000元       2625 元~45000元       2625 元~4500元       2625 元~4500元       2625 元~4500元       2625 元~4500元       2625 元~45000元       2625 元~4500元       2625 元~45000元       2625 元 7~45000元       2625 元~45000元 <t< td=""><td>傷害保險</td><td>300 萬</td><td>300 萬</td><td>ij</td><td>300 萬</td><td>100 喜</td><td>萬</td><td></td></t<>  | 傷害保險  | 300 萬                 | 300 萬                    | ij  | 300 萬                    | 100 喜              | 萬            |                       |  |
| 骨折未住院       2625元~45000元       2625元~45000元       1750元~3000元       2625元~45000元       1750元~3000元       2625元~45000元       2625元~45000元       1750元~30000元       2625元~45000元       2625元~45000元       1750元~30000元       2625元~45000元       3萬       3萬       3萬       3萬       3萬       3萬       36       30       70   | 傷害住院日額  | 1500 元                | 1500 テ                   | Ī.  | 1500 元                   | 1000               | 元            | 1500 元                |  |
| 初次罹癌保險金  | 一年期(日額型)住院醫療團體保險                                | 1500 元                | 1500元                    |     | 1500元                    | 1000               | 元            | 1500 元                |  |
| 200 元/日 2 萬  |   |                       |                          |     |                          |                    |              |                       |  |
| 險種計畫六計畫七計畫八投保對象(退休會員)本人、配偶、15歳以上子女會員父母未滿15歳以下子女初次投保年齡65歳以下(無在職證明)選擇計畫六之父母(70歳以下)選擇計畫六之15歳以下子女新團體定期保險重大疾病附加條款(甲型)重大燒燙傷第5萬35萬35萬傷害保險100 萬100 萬傷害住院日額-年期(日額型)住院醫療團體保險1000 元1000 元骨折未住院1750元~30000元1750元~30000元  | 住院醫療保險金<br>珍愛防癌 手術醫療保險金<br>(有等待期) 門診醫療保險金(含化放療) | 500 元/日<br>2萬<br>500元 | /日 500 元/日<br>2萬<br>500元 |     | 500 元/日<br>2萬<br>500元    | 500 元<br>2萬<br>500 | 7日<br>第<br>元 | 500 元/日<br>2萬<br>500元 |  |
| 投保對象(退休會員)       本人、配偶、15歳以上子女       會員父母       未満15歳以下子女         初次投保年齡       65歳以下(無在職證明)       選擇計畫六之父母(70歳以下)       選擇計畫六之15歳以下子女         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       1750元~30000元       1750元~30000元         骨折未住院       1750元~30000元       1750元~30000元       1750元~30000元   | 每人年繳保費  | 3,995元                | 5,79                     | 5 元 | 7,595 元                  | 3,19               | 0元           | 1,120元                |  |
| 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  | 險種  | 計畫                    | 六                        |     | 計畫七                      |                    |              | 計畫八                   |  |
| 新團體定期保險  | 投保對象(退休會員)                                      | 本人、配偶、15              | 歲以上子女                    |     | 會員父母                     |                    | 未滿1          | 5歲以下子女                |  |
| 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       一年期(日額型)住院醫療團體保險     1000 元     1000 元       骨折未住院     1750元~30000元     1750元~30000元  | 初次投保年齡  | 65 歲以下(無在             | 王職證明)                    | 選擇語 | 計畫六之父母(70歲               | 以下) 選擇             | 計畫六          | 之15歲以下子女              |  |
| 重大燒燙傷       35 萬          傷害保險       100 萬       100 萬         傷害住院日額       1000 元       1000 元         一年期(日額型)住院醫療團體保險       1000 元       1000 元         骨折未住院       1750元~30000元       1750元~30000元   | 新團體定期保險   |                       |                          |     |                          |                    |              |                       |  |
| 傷害保險     100 萬     100 萬       傷害住院日額     1000 元     1000 元       一年期(日額型)住院醫療團體保險     1000 元     1000 元       骨折未住院     1750元~30000元     1750元~30000元   | 重大疾病附加條款(甲型)                                    |                       |                          |     |                          |                    |              |                       |  |
| 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   | 重大燒燙傷   | 35 萬                  |                          |     | 35 萬                     |                    |              |                       |  |
| 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   | 傷害保險  | 100 萬                 | <del>.</del>             |     | 100萬                     |                    |              |                       |  |
| 骨折未住院 1750元~30000元 1750元~30000元 1750元~30000元   | 傷害住院日額  | 1000 テ                | t                        |     | 1000 元                   |                    |              | 1000元                 |  |
|  | 一年期(日額型)住院醫療團體保險                                | 1000 テ                | t                        |     | 1000 元                   |                    |              | 1000元                 |  |
| 每人年繳保費 1,890元 2,190元 870 元   | 骨折未住院   | 1750元~300             | 000元                     |     | 1750元~30000元 1750元~30000 |                    |              | 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,才                       | 公司依照契約的約定約   | 給付保險金。                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 團體健康保險重大<br>保險金批註條款(甲 |    | 保險有效期間內,若罹患重大疾病其中一項變、癌症(重度)、癱瘓(重度)、重大器官移植豆 |  | 、冠狀動脈繞道手術、腦中風後障礙(重度)、末期腎病<br>加保者,有90天等待期之限制。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 團體傷害保險                |    |  | R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<br>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<br>險給付        | 易保 | 保險有效期間內,因遭受意外傷害事故,致其                       | 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                       | 芽,本公司依照契約的 <b>約</b>  | 约定給付保險金,每次事故最高給付90天                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 團體傷害保險骨拼<br>住院醫療給付    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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<br>新加保者,有30天等待期之限制。   | 寮時,本公司依照契約的  | 的約定給付保險金,每次事故最高給付365天。                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 團體加護病房保險金             | Ž  | 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              | हे | 保險有效期間內,被保險人經醫師診斷為初次<br>之限制。               | 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                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保險人                  |    | 参加資格                                       | <u> </u>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                    | _  | 且正常出院,如保險公司同意續保則可續保至                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 會員父母                  |    | 投保年齡至70歲止,如保險公司同意續保則                       | •  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公司名稱                  | 理想 | 思保險經紀人事業發展(股)公司<br>服務專員:陳佩玉                | 服務電話   | 0919-636-612 Line ID: meina0528              |  |  |  |  |  |  |  |  |



#### 險股份有限公司 機密等級:機密

### 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 | 身份證字號 |  | 出生年月日 | 聯絡電話 |  |
|----|-------|--|-------|------|--|
| 單位 | 員工編號  |  | 員工地址  |      |  |

| <b>◎投</b>      | 字計           | -聿         | 鰛 | 仅 | 弗 | • |
|----------------|--------------|------------|---|---|---|---|
| ~ 1 <b>X</b> 1 | $\mathbf{A}$ | <b>B</b> ! |   | м | - |   |

|        | 11.24            |        |    |          |      |          |     |       |
|--------|------------------|--------|----|----------|------|----------|-----|-------|
| 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    | 工作内容 | 職業<br>類別 | 計畫別 | 年繳保險費 |
| 成員(會員) |                  |        |    |          |      |          |     |       |
|        |                  |        |    |          |      |          |     |       |
|        |                  |        |    |          |      |          |     |       |
|        |                  |        |    |          |      |          |     |       |
|        |                  |        |    |          |      |          |     |       |
|        |                  |        |    |          |      |          |     |       |
|        | 」<br>『歲須法定代理人簽名  | <br>含: |    | <u> </u> |      |          |     |       |

|        |           | ·                  |
|--------|-----------|--------------------|
| ◎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。 |

- 1.参加資格: 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。
- 2.新加保者, 須填寫『健康聲明書』
- 3.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。

- 4.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。
- 5.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。

- 6.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。
- 7.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:

- 1. 加保者需詳閱且同意投保說明之約定事項及相關規定。
- 2. 實際保障内容以新光人壽保險(股)公司之正式保單條款為準。
- 3. 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)
- 4. 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:<br>1.成員(員工)本人同意以本人所持有;<br>2.成員(員工)本人所提供之信用卡因 | 經過授權之信用卡扣<br>停卡、信用額度不足   | 缴本保險之保費。<br>等因素,致新光人壽無法扣  | ]款時,經相當   | 當期間催告後仍未給 | 付,則本投保不生效 |
|--|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------|-----------|
| 力。<br>3續年度信用卡扣款時,若授權之信<br>立授權書人成員(員工)本人同意授權<br>授權之信用卡資料    | 語用卡有效期限已過,<br>以下列信用卡繳納被( | 成員(員工)本人應配合重填<br>呆險人之保險費。 | 信用卡授權書    | 售,以使扣款成功。 |           |
| 卡別: □VISA □Master Card □J0                                 | CB □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:  | <b>-</b>                 | <del></del>               |           |           |           |
| 此 致 新光人壽保險股份有限公  | 司                        | 時間 中華民國                   | 年 月       | 日         |           |
| 會員本人:  | 親簽                       | 要保單位簽章: _                 |           |           |           |



# 投保申請表暨健康聲明書

機密等級:機密

107年09月修訂

| 要保單位:  |  |  |  |                                      |           |           |   |                 |  |   |                              | 保耳 | 显號碼:             | 1                |           |                   |     |           |
|--|--|--|--|--------------------------------------|-----------|-----------|---|-----------------|--|---|------------------------------|----|------------------|------------------|-----------|-------------------|-----|-----------|
| 被保險人 (關係)  | 姓名   | 性別   | 出生<br>年月日  | 身                                    | ·份部       | 登字        | 號   |                 |  |   |                              |    | 業類別<br>【作內?      |                  | 劃別        | 身高<br><b>(</b> 公分 |     | 豊重<br>公斤) |
| (1)本人  |  | □男□女   |  |                                      |           |           |   |                 |  |   |                              |    |                  |                  |           |                   |     |           |
| (2)配偶  |  | □男□女   |  |                                      |           |           |   |                 |  |   |                              |    |                  |                  |           |                   |     |           |
| (3)子女  |  | □男□女   |  |                                      |           |           |   |                 |  |   |                              |    |                  |                  |           |                   |     |           |
| (4)  |  | □男□女   |  |                                      |           |           |   |                 |  |   |                              |    |                  |                  |           |                   |     |           |
| (5)  |  | □男□女   |  |                                      |           |           |   |                 |  |   |                              |    |                  |                  |           |                   |     |           |
| (6)  |  | □男□女   |  |                                      |           |           |   |                 |  |   |                              |    |                  |                  |           |                   |     |           |
| ◎被保險人是   | 否領有身心障   | 礙手冊或   | 身心障礙   | 證明                                   | ](請       | 习選        | )?  |                 |  |   |                              |    |                  |                  |           |                   | ·   |           |
| □是(姓名:   |  |  | );   | 如么                                   | J選月       | 是者,       | 請   | <b></b> 提       | 供。                                       |   | 否。                           |    |                  |                  |           |                   |     |           |
| ◎被保險人目   | 前是否受有監   | 護宣告(   | 請勾選)?  | )                                    |           |           |   |                 |  |   |                              |    |                  |                  |           |                   |     |           |
| □是(姓名:   |  |  | );   | 如么                                   | 」選点       | 是者,       | 請   | 肯提 <sup>・</sup> | 供相                                       | 關   | 証明                           | 文作 | ⊧。□ <sup>;</sup> | 否。               |           |                   |     |           |
|  |  |  |  |                                      |           |           |   |                 |  |   |                              |    |                  |                  | 眷         | 屬/關               | 係   | Γ         |
| 為確保您的權法 實,本公司得付  |  |  |  |                                      |           |           |   |                 | 真寫。                                      | 。女  | 口有ス                          | 下  | (1)<br>本人        | <b>(2)</b><br>配偶 | (3)<br>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                                   | 潦、        | 診療        | <b></b>                                   | 加州              | 툦?                                       |   |                              |    |                  |                  |           |                   |     |           |
| 二、過去一年 <br>(如答覆是   | 为是否曾因患<br>者,請圈選下   |  | 病,而接   | 受醫                                   | 師治        | 療、        | 診   | 療耳              | <b>以用</b>                                | 藥?  | )                            |    |                  |                  |           |                   |     |           |
| (1)酒精或藥物濫<br>(2)食道、胃、十<br>炎、胰臟炎、<br>(3)肝炎病毒帶原<br>(4)慢性支氣管炎   | 二指腸潰瘍或出<br>膽結石。<br>、肝膿瘍、黄疸   | 血、潰瘍性<br>。                                     | 大腸 (6)青<br>(7)乳  | 所風、<br>所光眼<br>上腺炎<br>上異常             | 、白<br>:、乳 | 內障。<br>漏症 | . =                                       |                 |  |   |                              | 陰  |                  |                  |           |                   |     |           |
| 三、過去二年日療? (亦可  | 为是否曾因接<br>提供檢查報告   |  |  | 情形                                   | 而被        | 建諱        | 銭接  | 受其              | 其他7                                      | 檢查  | 查或注                          | 台  |                  |                  |           |                   |     |           |
| 四、過去五年  (如答覆是  | 为是否曾因患<br>者,請圈選下   |  | 病,而接   | 受醫                                   | 師治        | 療、        | 診   | 療耳              | <b>以用</b>                                | 藥?  | )                            |    |                  |                  |           |                   |     |           |
| 欄」目前狀況心臟不失性心臟不整(指)、無整(指)、無整(指)、動動性。<br>一性難性風(腦動性)。<br>一般,<br>一般,<br>一般,<br>一般,<br>一般,<br>一般,<br>一般,<br>一般,<br>一般,<br>一般, | 上)(如有請於「處填明實際之血<br>肌肥厚、之內則<br>肌肥厚、主動別<br>心臟過速、車發斷)。<br>心臟<br>腦梗塞、以<br>質<br>服<br>腦類脈<br>質<br>服<br>腦<br>類<br>服 | 告壓)、大量, 人工 | 說明<br>(6)<br>(7)<br>(8)<br>(1)<br>(2)<br>(4)<br>(8)<br>(1)<br>(9)<br>(4)<br>(9)<br>(4)<br>(5)<br>(9)<br>(7)<br>(8)<br>(9)<br>(9)<br>(9)<br>(10)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11)<br>(11 | 勝、網症 <b>(</b> 友、尿、副斑滋<br>炎腎膜鬼病地疖腦甲性病 | 囊出性、中、下狀狼 | 。或瘤血貧風體功。 | 離、一人性、一人性、一人性、一人性、一人性、一人性、一人性、一人性、一人性、一人性 | 視貧紫陽進派          | 經經 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( | ラジョン 生 スト・スト・スト・スト・スト・スト・スト・スト・スト・スト・スト・スト・スト・ス | 。<br>不良 <sup>†</sup><br>支端 朋 | 生貧 |                  |                  |           |                   |     |           |

| 3   |  |                          |                                  |                           |                       |                   |                   |                    | 眷                 | 屬/關     | 係       |         |
|---|--|--------------------------|----------------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|---------|---------|---------|
| 五、過去五午內,是否會因受傷或生病住院治療七日以上?  八 日   |  |                          |                                  |                           |                       | 如                 | . ,               |                    |                   | (4)     | (5)     | (6)     |
| <ul> <li>六、目前身體機能狀況是否有失明、型亞及言語、咀嚼、固放機能除極、智能障礙外表無法切頭側所著別(如答敬是者、請園風狀況)</li> <li>□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</li></ul>   |  |                          |                                  |                           |                       |                   | 是否                | 是否                 | 是否                | 是否      | 是否      | 是否      |
| 智能除極(外表無法明賴利虧者)? (如答覆是者、諸區運狀況)  七、己確知懷孕? (懷孕  | 五、過去五年                                 | 内,是否曾因受傷或                | 生病住院治療                           | 七日以上?                     |                       |                   |                   |                    |                   |         |         |         |
| 八、投保醫療險者請填寫水項   |  |                          |                                  |                           |                       | É,                |                   |                    |                   |         |         |         |
| (本契約月 7時,被保險人已在疾病或妊娠情况中老,本公司對是項疾病 20% 不自給付之責任) (20年26年60年有下列疾病 精神官能旺、何杰金氏旺、應管炎、腸膏炎、梅毒、蟹性素痒、環境等、化農性骨糖炎、得與有呕吐鬼象的持續性頭痛、內耳炎、鼻裏 疾、乳突炎、坐骨神經濟、傳閱核股也、腎結石、檢尿管結石、膀胱結石、羅服 矣、乳突炎、坐骨神經濟、傳閱核股也、腎結石、檢尿管結石、膀胱結石、羅服 矣、乳突炎、坐骨神經濟、傳閱核股也、腎結石、檢尿管結石、膀胱結石、羅服 矣、乳突炎、坐骨桂經濟、海門核型原  | 七、已確知懷                                 | 夏孕? (懷孕                  | 週) <b>(女性被保</b>                  | 融人回答)                     |                       |                   |                   |                    |                   |         |         |         |
| 性疾媒、關聯論、化關性骨髓炎、排發有歐吐現象的持續性頭痛、內耳炎、鼻蓋 火、乳突炎、坐骨神疾痛、椎間板股出、腎結石、確保管結石、膨胀結石、腿酸 表、關炎、水凝症 (2)是行管金屬中毒、化學中毒院 (如答覆名者,前間連病症)  ※ 以上各項詢問如有容覆「是」者,請在下列「告知事項說明欄」告知  告知事項說明欄」告知  告知事項說明欄」告知  (2)基件的金屬中毒、疾病名稱  (3) 基於人。  | (本契約訂立)                                | 時,被保險人已在疾病               | <b>病或妊娠情況</b> 。                  | 中者,本公司                    | ]對是項例                 | 疾病                |                   |                    |                   |         |         |         |
| 皆知事項說明欄         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         □門診□住院、約□天□手術□其他□円診□住院、約□天□手術□其他□門診□住院、約□天□手術□其他□門診□住院、約□天□手術□其他□円診□住院、約□天□手術□其他□円診□住院、約□天□手術□其他□円診□住院、約□天□手術□其他□円診□住院、約□天□手術□其他□円診□住院、約□天□手術□其他□円診□住院、約□天□手術□其他□円診□住院、約□天□手術□其他□円診□住院、約□天□手術□其他□円診□住院、約□天□日素が人為保險公司結本人後解檢及理路之參考。但各該公司仍應依其本身之核保或理路標率決定是否承保或理路、不得僅以前間資料作為承保及理路之參考。但各該公司仍應依其本身之核保或理路標率決定是否承保或理路、不得僅以前間資料作為承保或理路之依據。         (3)本人後保險人、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」所規定之範囲內,有為蒐集、處理及利用之權利。       此致新光人壽保險股份有限公司台照         被保險人簽章       要保單位覆證:         (1)本人:       簽章         (2)配偶:       簽章         (3)子女:       簽章         (4) □:       簽章         (5) □:       董章         (6) □:       新光人壽保險         (7)本人:       簽章         (4) □:       簽章         (5) □:       簽章         (6) □:       新光人壽         (7)本人:       簽章         (8) □:       按院         (9) □:       新光人壽         (1)本人:       簽章         (2) □:       新光人壽         (3)子女:       後保養         (4) ○       (5)         (5) □:       (6)  | 性麻痺、腦<br>炎、乳突炎、<br>炎、腦炎、力<br>(2)是否曾金屬中 |                          |                                  |                           |                       |                   |                   |                    |                   |         |         |         |
| 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   | ※ 以上各項語                                | <b>间問如有答覆「是」者,</b>       | 請在下列「告                           | <b>与知事項說明</b> 相           | 闌」告知                  |                   |                   |                    |                   |         |         |         |
| □門診 □住院約 天 □手術 □其他 □門診 □住院約 下 □ □打診 □住院約 ○ 大 □手術 □其他 □門診 □住院約 ○ 大 □手術 □其他 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □   |  |                          |                                  |                           |                       |                   |                   |                    |                   |         |         |         |
| □手術 □其他   | 被保險人姓名                                 | 疾病名稱                     | 發病日期                             | 就診醫院                      |                       |                   |                   | •                  |                   | T.      | 目前别     | <b></b> |
| □ 三手術 □其他 □ 門診 □ 住院:約 □ 天 □ 三手術 □其他 □ 門診 □ 住院:約 □ 天 □ 三手術 □其他 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □   |  |                          |                                  |                           |                       |                   |                   |                    |                   | _       |         |         |
| □手術 □其他   |  |                          |                                  |                           | ]                     | □門記<br>□手術        | <b>炒</b> □ 1      | 主院,約<br>其他 <u></u> | ]                 | 天       |         |         |
| (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。 (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産、壽險公會建立電腦系統連線,並同意産、壽險公會全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所、不得僅以前開資料作為承保或理赔之依據。 (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。  此致 新光人壽保險股份有限公司 台照 被保險人簽章  要保單位覆證: (1)本人: 簽章 法定代理人: 簽章 (4)  |  |                          |                                  |                           |                       |                   |                   |                    | ]                 | 天       |         |         |
| (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辨,不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。 (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。  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 (3) 子女: 簽章 法定代理人: 卷章 法定证人证人: 卷章 法定证人: 卷章 法定证人证人: 卷章 法定证人证人: 卷章 法定证人证人证人证人证人证人证人证人证人证人证人证人证人证人证人证人证人证人证人 |  |                          |                                  |                           |                       |                   |                   |                    | l                 | 天       |         |         |
| 被保險人簽章     要保單位覆證:       (1) 本人:     簽章     監 護 人:     簽章       (2) 配偶:     簽章     法定代理人:     簽章       (3) 子女:     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     日       新光人壽專用     核保人     人资章       (2)配偶:     (3)子女:     (4)     (5)       (5)     (4)     (5)     (5)  | (2)本人(被保線,並同意身之核保具<br>(3)本人(被保料        | 險人、要保人)同意新<br>意產、壽險公會之會員 | 光人壽保險公公司查詢本人<br>公司查詢本人<br>保或理賠,不 | 司將本要保<br>在該系統之資<br>得僅以前開資 | 書上所載<br>資料以作為<br>資料作為 | (本人<br>為核保<br>承保可 | 資料轉<br>R及理<br>及理賠 | 專送產、<br>賠之參<br>之依據 | · 壽險?<br>考,但<br>。 | 公會建立各該公 | 立電腦,司仍應 | 依其本     |
| (1) 本人:     (2) 配偶:     (3) 子女:     (3) 子女:     (4)     (5)     (6)     (7)   |  |                          | 此致                               |                           |                       |                   | 有限                | 公司                 |                   | 台照      |         |         |
| (2) 配偶:     簽章     無 後 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):     每     日 期:     年 月 日       新 光 人 壽 專 用     有     核保、人资章       (2) 配偶:     (3) 子女:     (4)       (5)     (4)     (5)  | 被保險人簽章                                 | Ì                        |                                  | 要保單                       | 位覆證:                  |                   |                   |                    |                   |         |         |         |
| (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):     新光人壽專用     日期:     年月日       新光人壽專用     核保人<br>養章     (人養章  | ` '                                    |                          |                                  | E/2 三性                    | 差 人:                  |                   |                   |                    |                   |         | 簽名      | 名       |
| (4)     簽章 法定代理人:     簽章 法定代理人:       (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     日       新光人壽專用     核保人人资章       (2)配偶:     (3)子女:     (4)人资章       (4)     (5)     (4)人资章   | ` '                                    |                          |                                  | 法会任                       | 过理人:                  |                   |                   |                    |                   |         | 簽章      | 章       |
| (5):  | ` '                                    |                          |                                  | N. I / D                  | 过理人:                  |                   |                   |                    |                   |         | 簽章      | 章       |
| 日期: 年月日       新光人壽專用       新光人壽專用       核保息       (2)配偶:     (3)子女:       (4)     (5)   |  |                          | 簽章                               | 法定代                       | 过理人:                  |                   |                   |                    |                   |         |         |         |
| 新 光 人 壽 専 用  (1)本人: (2)配偶: (3)子女: (4) (5)   | (6):                                   |                          | 簽章                               | 法定代                       | 过理人:                  |                   |                   |                    |                   |         | 簽章      | 章       |
| (1)本人:<br>(2)配偶:<br>(3)子女:<br>(4)<br>(5)  |  |                          | 日期:                              | 年                         | 月                     |                   | $\exists$         |                    |                   |         |         |         |
| (2)配偶:       (3)子女:       (4)       (5)   |  |                          | ਤੱ<br>ਨ                          | 新光人壽                      | 專 用                   |                   |                   |                    |                   |         |         |         |
| 番 (3)子女:<br>(4)<br>(5)  | (1)本人:                                 |                          |                                  |                           |                       |                   |                   |                    |                   |         |         |         |
| A   | (2)配偶:<br>審                            |                          |                                  |                           |                       |                   |                   | 核归                 |                   |         |         |         |
| [年]   | 查 (3)子女:                               |                          |                                  |                           |                       |                   |                   | 人                  |                   |         |         |         |
|   | 覚   <sup>(4)</sup><br> (5)             |                          |                                  |                           |                       |                   |                   | 簽章                 |                   |         |         |         |
|   | i liii                                 |                          |                                  |                           |                       |                   |                   |                    |                   |         |         |         |

## 【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。

理想保險經紀人事業發展股份有限公司

此致

| 立同         | 意書 | 八(即 | 被保险            | 僉人) | 簽名 | :_ |  |  |  |
|------------|----|-----|----------------|-----|----|----|--|--|--|
|            |    |     |                |     |    |    |  |  |  |
| \ <b>_</b> | _  | /15 | <del>-</del> m |     |    |    |  |  |  |
| 法          | 疋  | 1t  | 埋              | 人   | 簽名 | :  |  |  |  |