

加保同意書

■承辦單位：遠雄人壽保險事業(股)公司

一、保險生效日：101 年 02 月 1 日零時起一年。

二、保險費繳付方式：由各單位福委會代為收取轉交保險公司。

三、自費加保計劃別及保費明細表如下 ※員工加保，其眷屬才能加保。

四、投保年齡及投保等級限制：

(1) 員工及配偶:投保年齡為 15 歲至 65 歲，續保至 70 歲止；員工及配偶可投保(A~D)任一計劃別。

(2) 子女: 自出生(且須正常健康出院)起至 23 歲止(限在學且未婚)；滿 15 歲子女可投保(A~D)任一計劃別。
15 歲以下子女限投保計劃 E。

(3) 員工父母:投保年齡上限至 75 歲。父母僅可加保計劃別(A)。

險種/保額	計劃別				
	A	B	C	D	E
團體傷害保險	100 萬	100 萬	100 萬	100 萬	—
傷害殘廢保險金 (11 級 75 項)	5 萬~100 萬	5 萬~100 萬	5 萬~100 萬	5 萬~100 萬	—
重大燒燙傷保險金	15 萬~100 萬	15 萬~100 萬	15 萬~100 萬	15 萬~100 萬	—
團體住院醫療日額 (約定日數 90 天) (因疾病或意外住院)	—	1000 元/日	—	1000 元/日	1000 元/日
加護病房(約定日數 7 天)	—	2000 元/日	—	2000 元/日	2000 元/日
骨折未住院津貼 依骨折別折算日數表比例給付 (檢附診斷證明及 x 光片)	—	有	—	有	有
癌症住院醫療保險金	—	—	1000 元/日	1000 元/日	1000 元/日
癌症門診醫療保險金	—	—	1000 元/日	1000 元/日	1000 元/日
癌症休養保險金 (每次事故限 21 日)	—	—	1000 元/日	1000 元/日	1000 元/日
癌症放射線治療保險金	—	—	1000 元/日	1000 元/日	1000 元/日
癌症手術醫療保險金	—	—	3 萬元/次	3 萬元/次	3 萬元/次
癌症身故保險金	—	—	10 萬	10 萬	10 萬
年繳保費(NT\$)	600 元	1000 元	925 元	1325 元	725 元

~如欲參加者，請翻面填寫參加表~

加保同意書

■加保日期：即日起至 101 年 01 月 13 日止。(一律採用年繳保費)

■保險生效日：101 年 02 月 1 日零時起一年。

■員工姓名：_____ 員工編號：_____ 單位代碼：_____ 單位：_____ (分會) 電話：() _____

■加保者之基本資料：(以下資料如有塗改，請於塗改處簽名或蓋章)

(請務必填寫單位名稱)

加保者(被保險人)姓名 加保之被保險人或法定代理人，同意且知悉本保險內容及投保規定及各項「告知事項」、「聲明事項」及「約定事項」皆屬正確且同意。親簽如下：	出生年月日	身分證字號	工作內容 (限 1~4 類) 【務必填寫】	身故 受益人	與被保險 人關係	加保計劃別 (若塗改請簽章)		職業 類別	員編	眷 編
						請填寫	年繳保費			
員工						計劃	元			0
配偶						計劃	元			1
員工父						計劃	元			2
員工母						計劃	元			3
子女						計劃	元			6
子女						計劃	元			7
子女						計劃	元			8
子女						計劃	元			9
總計							元			

■約定事項：

1. 保險期間中途不再辦理加退保，員工離職或退休，保障至保單當年度為止。眷屬須與員工一併加保或退出。
2. 職業類別限 1~4 類。(職業類別認定依遠雄人壽職業類別分類表)
3. 被保險人(員工、配偶、子女)若投保計劃 B~E 計劃別等級。同意在投保本團保契約前，曾經或已罹患下列病症任一者，則保險公司無法受理加保。若加保亦無法獲得保險理賠。
(心肌梗塞、冠狀動脈疾病、腦中風、腦栓塞、腦瘤、腦血管疾病、精神性疾病、憂鬱症、尿毒症、癌症(惡性腫瘤)、癱瘓、重大器官移植手術、高血壓性疾病、心臟疾病、主動脈血管瘤、血友病、糖尿病、巴金森氏症、肺氣腫、腎臟疾病、白血病、紅斑性狼瘡、痛風、氣喘、肺栓塞、肺結核、肝功能異常(肝炎、肝炎病毒帶原)、肝硬化、肝膿瘍、腎病症候群、高血脂症、子宮肌瘤、子宮內膜異位症及甲狀腺疾病)
4. 外籍眷屬加保需檢附護照及居留證。
5. 本保險契約之眷屬各項醫療保險金給付之受益人為被保險人本人。本公司同意由該員工本人代為請領，即保險給付之受款人為員工本人。但若日後原受益人再重複提出申請，則由要保單位負擔保險給付及法律責任。
6. 本保單一年到期續保時，要保單位及被保險人同意遠雄人壽可調整續保保險費及單一被保險人是否繼續續保之權利。要保單位及被保險人不得異議。(即被保險人不保證續保)
7. 實際保障內容以正式保單條款為主。

■聲明事項：

1. 本人(被保險人)同意遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下簡稱遠雄人壽)查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
2. 本人(被保險人、要保人)同意遠雄人壽將本要保書上所載本人資料轉送產、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。
3. 本人(被保險人、要保人)同意遠雄人壽得依「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。

※本人(被保險人或法定代理人)同意上述保險內容及各項約定聲明事項。

員工(本人)簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日

(被保險人或法定代理人)

■請於 101 年 01 月 13 日前，將本「參加表」及「應繳總保費」交至各單位福委會，由各單位福委會彙整「參加表及總保費」後寄至遠雄人壽團體保險部陳攻玲收，如有疑問請來電(02-2758-3099#8522)。

保險公司 審核欄	保險公司核定保險生效日：101 年 02 月 01 日零時起	保險公司主管	保險公司經辦
	審核說明： <input type="checkbox"/> 除外同意書簽署後承保 <input type="checkbox"/> 無法受理加保(退件處理) <input type="checkbox"/> 其他		