Farglory Life 遠雄人壽

【清華大學教職員團體保險專案】

保險等級內容（說明）本專案需經遠雄人壽同意後，要保單位及被保險人方可受理加保

險種	A 等級	B 等級	D 等級	E 等級	F 等級	G 等級	J 等級
投保對象	本人、配偶、15 歲以上子女	本人、配偶	父母	子女 未滿 15 歲	本人、配偶、15 歲以上子女	本人、配偶	父母
初次投保年齡	65 歲以下	55 歲以下	75 歲以下	15 歲(含)以下	65 歲以下	55 歲以下	75 歲以下
團體一年定期壽險	100 萬	200 萬	---	---	100 萬	200 萬	---
團體重疾提前給付健康保險批註條款(甲型)	10 萬	20 萬	---	---	10 萬	20 萬	---
新團體傷害保險	100 萬	200 萬	100 萬	---	100 萬	200 萬	100 萬
團體重大燒燙傷傷害保險附加條款	7.5 萬—50 萬	15 萬— 100 萬	7.5 萬— 50 萬	---	7.5 萬—50 萬	15 萬— 100 萬	7.5 萬— 50 萬
團體意外醫療限額給付傷害保險附約	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	---	---	3 萬
團體住院日額健康保險附約 100	1500 元	1500 元	1000 元	1500 元	---	---	1000 元
團體加護或燒燙傷病房健康保險附加條款	1500 元	1500 元	1000 元	1500 元	---	---	---
團體傷害保險骨折未住院醫療給付附加條款	750 元	750 元	500 元	750 元	---	---	---
團體癌症健康保險附約 癌症住院醫療保險金 癌症手術醫療保險金 癌症門診醫療保險金 癌症休養保險金 癌症放射線治療保險金 癌症化學治療保險金 癌症身故保險金	3000 元/日 30000 元/次 100 元/次 100 元/次 3000 元/日 3000 元/日 20 萬元	3000 元/日 30000 元/次 100 元/次 100 元/次 3000 元/日 3000 元/日 20 萬元	1000 元/日 10000 元/次 100 元/次 100 元/次 1000 元/日 1000 元/日 10 萬元	3000 元/日 30000 元/次 100 元/次 100 元/次 3000 元/日 3000 元/日 20 萬元	---	---	1000 元/日 10000 元/次 100 元/次 100 元/次 1000 元/日 1000 元/日 10 萬元
每人年繳保費	**3100 元**	**4990 元**	**2850 元**	**1135 元**	**1960 元**	**3920 元**	**2845 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，發生失能(完全失能)或死亡時，本公司依照契約的約定給付保險金。
團體重大疾病提前給付健康保險批註條款(甲型)	保險有效期間內，若罹患重大疾病其中一項（急性心肌梗塞(重度)、冠狀動脈繞道手術、腦中風後障礙(重度)、末期腎病變、癌症(重度)、癱瘓(重度)、重大器官移植或造血幹細胞移植），先行給付團險一年定期壽險保額之 10%。 新加保者，有 30 天等待期之限制。
新團體傷害保險	於本契約有效期間內（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。
團體重大燒燙傷傷害保險附加條款	保險有效期間內，因遭受意外傷害事故，致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。
團體意外醫療限額給付傷害保險附約	保險有效期間內，因遭受意外傷害事故，經合格的醫院或診所治療者，本公司依照契約的約定給付保險金，未提出以全民健保身份就診之證明者，本公司以實際應支付的醫療保險金之 65%核算給付保險金。
團體住院日額健康保險附約 100	保險有效期間內，因傷害或疾病必須住院醫療時，本公司依照契約的約定給付保險金，每次事故最高給付 100 天。 新加保者，有 30 天等待期之限制。
團體加護或燒燙傷病房健康保險附加條款(限 14 天)	保險有效期間內，因傷害或疾病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 14 天。新加保者，有 30 天等待期之限制。
團體傷害保險骨折未住院醫療給付附加條款	保險有效期間內，遭受意外傷害事故致成骨折，並經醫師診斷確定，而未住院治療後，或已住院但未達骨折別所定日數表，其未住院部分本公司按骨折別所定日數乘以保單上所載該被保險人之骨折未住院醫療保險金日額給付『骨折未住院醫療保險金』，但給付日數以按骨折別所訂日數扣除實際住院日數為限。
團體癌症健康保險附約	保險有效期間內，經醫師診斷為初次罹患癌症，本公司依照契約的約定給付保險金。癌症化學治療保險金和癌症放射線治療保險金，每日限申請一次且僅能擇一申請。新加保者，有 30 天等待期之限制。

參加資格及投保等級

被保險人	參加資格	投保等級(主保險部分)
員工本人 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 75 歲止。(B 等級、G 等級初次承保年齡限 55 歲以下)	可選擇 A 等級至 B 等級之任何一種參加，或可選擇 F 等級至 G 等級，但一經選定保單年度內不得再變更。
子女	出生且正常出院，如保險公司同意續保則可續保至 23 歲止，且滿 20 歲需附在學證明文件。	可選擇 A 等級、E 等級或 F 等級之任何一種參加。 **(未滿 15 足歲限參加 E 等級)**
父母	初次投保年齡至 75 歲止，如保險公司同意續保則可續保至 80 歲止，75 歲(含)至 80 歲限投保 J 等級。	限參加 D、J 等級。
備註	員工本人參加，始得附加眷屬，眷屬投保保額不得超過員工本人。	

投保及續保應注意事項

1. 參加本保險專案須填寫「健康聲明書」，**並檢附「教職員在職證明」。**
2. **員工退休或離職後保險公司不再承保，並喪失續保資格。**
3. **員工若超過 55 歲(含)時，每年續保時須再檢附三個月內有效之「教職員在職證明」文件正本(不含識別證)，如未檢附則無法同意續保。**
4. 保險費一律採「年繳」方式，採一年一簽制。已參加人員中途不辦理退保，中途離職其效力仍延至保險屆滿日止，亦無退還所繳保費。
5. 被保險人如具有教職員工身份時，不得再以眷屬身份投保。配偶之定期壽險或傷害保險保額不得高於員工本人。
6. 每月 20 日前，由保險經紀人公司服務人員收件或投保單位彙集寄達保險公司辦理加保(超過每月 20 日則延至下月受理)。若有補辦事項，最遲每月 25 日前補辦完成，經保險公司審核通過，以次月 1 日為其生效日。若未補全完成，則以補全完成且經保險公司審核通過後之次月 1 日起生效。
7. 團體保險為一年期保單非終身型保單，需每年續約，一年一約，不保證續保。要保單位及被保險人同意取消保單條款更約權。
8. **新加保之「被保險人(含員工及眷屬身份)」，現有投保醫療保險及傷害醫療保險有效契約投保張數，總額超過法令規範之承保上限時，遠雄人壽有調整保額內容及是否承保之權利。**

服務窗口

服務窗口	詠倡保險經紀人股份有限公司	服務人員	孫方潔小姐 、 葉香蘭小姐
服務時間	每週二、四下午 14：00—16：30	服務電話	0932-110-826 /0932-325-150 /03-5716255

【清華大學教職員團體保險專案】員工專屬自費團體保險參加表

Farglory Life 遠雄人壽

被保險人加保同意書—被保險人皆已了解本團體保險專案之內容及相關約定條件，並自保險公司審核通過後，方可生效。

被保險人(員工本人)/ 聯絡方式資料						員工編號：
員工姓名 (請本人親簽)		聯絡地址		服務系所	辦公室門號:	
服務單位		EMAIL		電　　話	(M)	(O)

加保資料(會員本人參加，眷屬方可參加，眷屬保額不得高於員工) (以下資料如有塗改，請於**塗改處簽名，未加保者請勿填寫**)

投保狀況 (請勾選)	關係	姓名	出生日期 (民國年/月/日)	身份證字號	工作內容 (請務必填寫)	投保等級 塗改請簽名	身故保險金受益人 ※為配合防制洗錢及打擊資恐作業，如有指定受益人，下方為「必填」欄位					保險公司註記欄
							姓名	出生日期 民國年/月/日	身分證字號	與被保險人關係	國籍	職別
□加保 □退保 □變更	本人											
□加保 □退保 □變更	配偶											
□加保 □退保 □變更	父親											
□加保 □退保 □變更	母親											
□加保 □退保 □變更	子女											
□加保 □退保 □變更	子女											
□加保 □退保 □變更	子女											

◎本保險契約之失能保險金、醫療保險金受益人限被保險人本人。本公司同意本契約之眷屬各項醫療保險金由該員工代為請領，即保險給付之受款人為員工本人。
◎僅受理「職業類別第一、二類」之被保險人。
◎外籍人士限加保「A等級」或「F等級」，待保險公司核保過後，方可參加。
◎**受益人有兩位以上時，依序號決定受益順位，未記載序號時，視為同一順位，其保險給付為均分。**

保單號碼	
單位代號	

※受益人聯絡方式：

★身故保險金受益人指定如為身分別之指定，或未填寫身故保險受益人之聯絡地址及電話，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後 故保險金受益人之通知依據。

姓名	連絡電話	聯絡地址

※繳費方式：信用卡(限本人或配偶之信用卡)

本人同意透過本同意書所授權之信用卡帳戶支付保險費，並支付遠雄人壽。除本人另行向　貴公司提出書面退保通知，此同意書將繼續有效，特此聲明。

是否變更信用卡	信用卡卡號		有效月/年	____月____年止
□ 是　□ 否	新信用卡卡號(變更後)		有效月/年	____月____年止
發卡銀行		持卡人簽名	□本人_____□配偶_____(身分證字號 _____)	
			※如持卡人為配偶需檢附身分證影本或戶口名簿影本或戶籍謄本影本之文件。	

※【被保險人聲明同意事項】

一、**本人(被保險人)謹此聲明本同意書內所載各項陳述均屬事實，絕無故意隱匿，過失遺漏，或為不實之說明。**
二、本人已瞭解「清華大學教職員團體保險專案」之保障內容以及有關事宜，且同意成為以國立清華大學為要保人，向　貴公司要保「清華大學教職員團體保險專案」成為被保險人之一。若國立清華大學與遠雄人壽雙方解除或終止合約，則參加本保險之員工(會員)及其眷屬保險將隨同終止。
三、要保單位及被保險人已瞭解且同意，本保險為一年期契約，保險一年期滿後保險公司保留個別被保險人是否繼續續保之權利(即個別被保險人不保證續保)，及保險公司有權利自續保時可調整被保險人至適當投保等級。
四、本人同意透過本同意書所授權之信用卡帳戶支付保險費，並支付遠雄人壽。除本人另行向　貴公司提出書面退保通知，此同意書將繼續有效。特此聲明　此致　遠雄人壽保險事業股份有限公司。

※會員(員工)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事項。**

會員(員工)本人簽名：_____(請務必親簽)　**聲明日期:民國____年____月____日**

保險公司審核欄	遠雄人壽核定保險生效日自 111 年____月____日零時起	保險公司主管	保險公司經辦

Farglory Life 遠雄人壽

遠雄人壽團體保險健康聲明書

核准文號：民國 92 年 12 月 24 日
台財保字第 0920752304 號函
備查文號：民國 111 年 05 月 01 日
遠壽字第 1110001614 號

保單號碼		要保單位		與被保險人（員工/會員）關係	□本人 □本人配偶 □本人子女 □本人父母

被保險本人姓名	出生日期	身份證字號	編號	配偶姓名	子女 1 姓名	子女 2 姓名	父親姓名	母親姓名

【被保險人健康告知事項】

※要保人及被保險人對於告知事項詢問，應據實說明，並親自填寫清楚，如為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，依保險法第六十四條規定，本公司得解除契約。保險事故發生後亦同。

※投保健康險者，依保險法第一百二十七條：「保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任」。

	本人	配偶	子女1	子女2	父親	母親
被保險人目前身高、體重	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤
被保險人目前是否受有監護宣告？(如勾選是者，請提供相關證明文件)	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
投保 壽險 或 健康保險 者請勾選	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
一、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）	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
二、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？	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
三、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？						
(一)高血壓症（指收縮壓 140mmHg 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。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(二)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。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(三)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(四)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）。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(五)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(六)視網膜剝離或出血、視神經病變。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(七)癌症（惡性腫瘤）。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(八)血友病、白血病、貧血（再生不良性貧血、地中海型貧血）、紫斑症。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(九)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。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(十)紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
四、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？						
(一)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(二)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸、慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(三)痛風、高血脂症、青光眼、白內障。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(四)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血。（女性被保險人請回答）	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
五、目前是否已確知懷孕？ 如是 ， （已懷孕＿＿＿週） （女性被保險人請回答）	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
六、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
七、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
投保 傷害險 者請勾選	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
八、過去二年內是否曾因患有第三、四項底線標示之疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
九、目前身體機能是否有下列障害？						
(一)失明、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〇・三以下。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(二)聾、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、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(三)四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □

上述任何一項勾選『是』者，請標明題號，並將病狀病名、就診或檢驗及住院大約時間、醫院名稱、治療及結果說明於下：

※塗改處請被保險人務必簽名

【聲明事項】

一、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）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。

二、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。

三、本人（被保險人、要保人）同意遠雄人壽就本人之個人資料，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。

被保險人親簽：（本人）＿＿＿＿＿＿ /（配偶）＿＿＿＿＿＿ /（子女 1）＿＿＿＿＿＿

（子女 2）＿＿＿＿＿＿ /（父親）＿＿＿＿＿＿ /（母親）＿＿＿＿＿＿

未成年法定代理人親簽：＿＿＿＿＿＿＿＿ 中華民國＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

要保單位及負責人蓋章

保險公司核保欄	審核結果說明： □檢附問卷 □檢附除外同意書 □其他：	保險公司經辦	