

內容	會員本人 配偶 子女				子女 (未滿 15 歲以下)	以會員本人為例
	(15 歲以上)					
(1) 團體一年定期壽險	30 萬元	*****	*****	*****	*****	一般身故 30 萬元
(2) 團體安康重大疾病保險 (生效日期起 30 日後初次罹患)	10 萬元		5 萬元	*****	*****	初次罹患重大疾病 10 萬元
(3) 團體傷害保險 殘廢保險金 (11 級 75 項-依殘廢等級表) 重大燒燙傷 (5 級 11 項)	150 萬元 7.5 萬元-150 萬元		100 萬元 5 萬元-100 萬元	*****	*****	意外身故 150 萬元+30 萬元=180 萬元 (意外傷害險 150 萬)+(定期壽險 30 萬) 詳燒燙傷等級表
(4) 團體住院醫療日額給付保險附約 (每次事故限 180 日) 出院療養保險金 (每次事故最長 60 日) 加護病房 (每次事故最長 60 日) 骨折未住院津貼給付 (按骨折程度給付表最長 60 日)	1,000 元 200 元 2,000 元 125 元-500 元		1,000 元 200 元 2,000 元 125 元-500 元	1,000 元 200 元 2,000 元 125 元-500 元	1,000 元 200 元 2,000 元 125 元-500 元	因疾病或意外住院日額 1,000+200=1,200 元/日 (住院金)+(療養金) 加護病房 1,000+200+2,000=3,200 元/日 出院療養金按住院天數計算 骨折未住院需附 X 光片
(5) 新團體癌症保險 (生效日起 30 日後初次罹患)						癌症住院 1,000+200+1,000+1,000 =3,200 元/日 癌症住院+癌症手術 =3,200 元/日+2.5 萬元 癌症住院+加護病房+癌症手術 =5,200 元/日+2.5 萬元 需掛腫瘤科
						住院時若在醫院身故 則無出院療養金

每月保費 **250 元** **150 元** **150 元** **150 元** (子女以戶計)

※會員姓名: _____ / 會員證號: _____ / 連絡電話(_____) / 手機: _____
 地址: _____

※加保之被保險人請填下表(資料如有塗改,請於塗改處簽名或蓋章,未加保者請勿填寫)

加保會員簽名 (被保險人/法定代理人)	出生日期 民國年/月/日	身分證字號	工作內容 (務必詳細填寫)	身故受益人		投保計劃別	月繳保費	職別	編號 (保險公司填寫)
				姓名	與被保險人關係				
會員本人	/ /					計劃 A	250 元/人		-00
配偶	/ /					計劃 B	150 元/人		-01
子女(一)	/ /					計劃	150 元/戶		-06
子女(二)	/ /					計劃			-07
子女(三)	/ /					計劃			-08
被保險會員身故保險金受益人若未指定,則其受領順位如下: 1.配偶 2.子女 3.父母 4.孫子女 5.祖父母 6.兄弟姊妹。							保費小計	元	

- ◎年齡限制: 1.會員本人、配偶投保年齡為 15 歲至 60 歲止,續保可至 65 歲止。
2.子女投保年齡自出生(且須正常健康出院)起至 23 歲止(限在學且未婚)。
- ◎投保條件: 1.限本國籍人士(持中華民國身分證者)。
2.加保者皆需填寫「健康聲明書」,經保險公司審核通過後方可承保,方可追溯至約定生效日起生效。若有違反告知,無論是否為因果關係,皆不予理賠。
3.新加保之本人/配偶/子女已罹患下列等既往病史者,則本公司不予承保。縱使保險事故發生後亦無法理賠。
(1)心臟梗塞(2)冠狀動脈繞道手術(3)腦中風/腦出血(4)癌症/惡性腫瘤(5)慢性腎衰竭/尿毒症(6)癱瘓(7)重大器官移植等重症(8)紅斑性狼瘡(9)肝炎病(10)AIDS(11)肺結核/肺囊腫(12)先天性疾病(13)心臟疾病(14)精神病/癡瘓/精神病官能症(15)高血壓既往病史(16)糖尿病(17)肝功能異常/肝炎帶原/肝硬化(18)投保本公司時正懷孕中(19)投保時正在醫院中(20)須有殘障手冊等既往病史。
4.被保險人工作性質限職業類別 1~4 類之「標準體」。職業類別第 5 類(含)以上保險公司不予承保。
被保險人投保時已據實告知工作性質。且保險期間中,倘若工作性質變更且變更超過第 4 類,屬第 5 類(含)以上,則需書面通知保險公司辦理退保。若未告知,且保險事故已發生,則保險公司將依「違反告知」不予理賠保險金。
如被保險人於執行下列職務發生之意外事故不予理賠:
例:礦工、潛水工作人員、爆破工作人員、硫酸、鹽酸、硝酸製造工人、炸藥從業人員、戰地記者、馴獸師、特技演員、人力保全員、高壓電工程設施人員、軍人、警警、消防隊、航空器飛行員(含服務組員)、海上作業、船員、伐木工人、高樓外部作業工人、隧道工作人員、起重機操作人員、營業員駕駛車輛及隨車人員等職業類別第 5 類(含)以上之職業。
5.投保後於保險有效期間內已請領重大疾病保險金之被保險人,自續保年度起,同意保險公司不辦理個人(含眷屬)之續保作業。
- ◎其他說明: 1.工會開辦之團體保險為集體自費保險與健康保險及其他個人保險不抵觸。
2.加保之被保險人投保其他保險公司(含本公司)人身保險時,皆未被拒保、扣費、延期、附加條件或以次標準體承保,如有,則本公司不予承保。保險事故發生後亦即(即依保險法第 64 條,解除被保險人本保險契約,且不予給付保險金)。
3.有關「新團體癌症保險、團體安康重大疾病保險、團體住院醫療日額保險附約」之保障範圍,必須在保險生效日起 30 日後經醫師診斷為初次罹患。
4.眷屬各項醫療保險金該會員代為請領。
- ◎續保說明: 1.團體保險屬於定期非終身型保單,採一年一約制(即被保險人不保證續保),保障至一年契約期滿為止,中途不辦理退保。加保者每人一張保險證。
2.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。
- ◎給付日客以實際保單條款為準。

承辦單位 興華保險經紀人有限公司 服務電話 02-33932288
 承保公司:遠雄人壽保險事業股份有限公司
 本商品經遠雄人壽合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令,惟確權權益,基於保險公司與消費者衡平對等原則,消費者仍應詳閱保險單條款及相關檔,審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事,應由遠雄人壽及負責人依法負責。本保險商品為不分紅保單,不參加紅利分配,並無紅利給付項目。免申訴電話 0800-083-083 消費者可逕向遠雄人壽總行或各分公司查詢詳情(請至遠雄人壽保險網 <http://www.fglife.com.tw>) 查詢或索取書面資料說明書。
 遠雄人壽商品名稱:團體一年定期壽險/團體安康重大疾病保險/團體傷害保險/新團體癌症保險/團體住院醫療日額給付保險附約
 備查文號:民國 99 年 04 月 09 日依 99.02.10 金管保品字第 09902522151 號令修正/民國 99 年 02 月 11 日(99)遠雄壽字第 129 號函/民國 99 年 04 月 09 日依 99.02.10 金管保品字第 09902522151 號令修正/民國 97 年 01 月 01 日依 96.12.28 金管保一字第 09602505761 號令修正/民國 97 年 01 月 01 日依 96.12.28 金管保一字第 09602505761 號令修正

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 100 年 07 月 01 日 (100) 遠雄壽字第 664 號函

保單號碼	要保單位	與被保險人(員工/會員)關係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 本人配偶
被保險人姓名	出生日期	身份證字號	<input type="checkbox"/> 本人子女	<input type="checkbox"/> 本人父母
姓名	日期	編號	姓名	姓名
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、被保險人對於告知事項詢問，應據實說明，並親自填寫清楚，如有故意隱匿、過失遺漏或不實之說明，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。

被保險人目前身高、體重	本人	配偶	子女1	子女2	父親	母親
	公分	公分	公分	公分	公分	公分
	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
投保 壽險 或 健康保險 者請勾選						
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(三) 肺氣腫 、 支氣管擴張症 、 塵肺症 、 肺結核 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(五) 腎臟炎 、 腎病症候群 、 腎機能不全 、 尿毒 、 腎囊胞 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(六) 視網膜剝離或出血 、 視神經病變 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(七) 癌症 (惡性腫瘤)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(十) 紅斑性狼瘡 、 膠原症 、 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"/>
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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(三) 痛風 、 高血脂症 、 青光眼 、 白內障 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
六、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"/>
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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
投保 傷害險 者請勾選						
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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
九、目前身體機能是否有下列障害？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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 O·三以下。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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 。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(三) 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"/>

※塗改處請被保險人務必簽名

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：

【聲明事項】	要保單位及負責人蓋章
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)查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。	<div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
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。	
三、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。	

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

保險公司核保欄	審核結果說明： <input type="checkbox"/> 檢附問卷 <input type="checkbox"/> 檢附除外同意書 <input type="checkbox"/> 其他：	保險公司經辦
---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------

保險公司註記欄	核定保險生效日自 _____ 年 _____ 月 _____ 日零時起	保險公司主管	保險公司經辦	經手人記錄欄 (興華經紀公司)
---------	-------------------------------------	--------	--------	--------------------