

全國教師工會總聯合會 『珍愛680』團體保險自費參加表
 全國退休教師聯盟

★規劃服務：台一保險經紀人
 ★承保公司：國泰產險

歡迎會員與眷屬(父母、配偶、子女)且職業等級一至三類參加投保

要保單位	全國教師工會總聯合會		會員卡號			(請傳真會員卡)
會員資料	會員姓名	身份證號	出生日期			
	手機電話 <small>(必填(簡訊通知))</small>	聯絡市話	電子郵件			
	保單寄送地址 <small>(必填)</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			約定生效日 年 月 01日 <small>(至102年6月30日為保險期間)</small>	
	信用卡授權 <small>(須為被保人)</small>	持卡人姓名： 發卡銀行：	身份證號： 卡號	信用卡種類： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB	效期：__月__年	

本人同意續年度自上述帳戶扣繳續年度保險費。不續保者請來電告知。持卡人簽名：

投保注意事項

- 一、投保時請填寫並傳真此頁之自費參加表與全國教師工會總聯合會會員卡影本(或全國退休教師聯盟會員卡影本)。
- 二、保險適用對象:會員本人、配偶、子女、父母。各類人員僅能投保『珍愛680』一次,重覆投保部分無效。
- 三、被保人年齡:會員、配偶、父母以70歲為限。被保險人投保時已超過最高可承保年齡,恕難受理。被保險會員及配偶續保時若66歲(保險年齡),續年度需調整至計畫六。
- 四、加保者皆須填寫「健康告知書」,經國泰產險審核通過後方可承保。若經承保,生效日得追溯至約定生效日起生效。被保險人告知事項如故意隱匿,或因過失遺漏,或為不實之說明而影響國泰產險權益者,依保險法六十四條,國泰產險得解除契約。
- 五、被保險人職業等級限1-3類,倘若被保險人變更工作屬性超過承保的職業等級應書面通知國泰產險。
- 六、續保採自動續保方式,不續保者請來電告知。國泰產險保留承保與否及調整續年度保費之權利。
- 七、殘廢保額限制:15歲以下未成年之被保險人,其殘廢保額含本公司及所有產、壽險同業以200萬為限,若法令修改,於其後投保者依新法之規定。
- 八、受益人:會員本人、配偶及子女(15歲以上)之意外或疾病身故之受益人為法定繼承人。其餘受益人為被保險人本人。
- 九、本人(被保險人)同意國泰產險查閱本人(被保人)相關醫療紀錄及病歷資料。

*本人已詳閱並知悉上述注意事項,特簽名以示確認。會員簽名:

與會員的關係	本人	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女
被保險人姓名	同上				
身份證字號	同上				
出生年月日	同上	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
服務單位/工作內容					
參加計劃與保費 如:	3	1,960			

被保人告知事項:被保險人過去及現在之健康狀況是否有下列所述的情況?
 *依保險法第127條:「保險契約訂立時,被保險人已在疾病或妊娠情況中者,保險人對此項疾病或分娩,不負給付保險金額之責任。」

1.身高	公分	公分	公分	公分	公分
2.體重	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
3.最近二個月是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
4.過去二年內是否曾因接受健康檢查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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
5.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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				

被保險人過去及現在之健康情形若有上列所述情況勾選是者請詳填下列資料:

被保險人	病名(外傷者,含受傷部位)	就診醫院	就診大約日期	診療過程(門診、住院或手術)	有無手術	有無後遺症	其他