

全國教師工會總聯合會  
全國退休教師聯盟 『珍愛2188』團體保險專案說明

歡迎會員與眷屬(配偶、子女)且職業等級一至三類參加投保

保險項目(保險金額詳右欄)		計劃一	計劃二
投保對象		本人、配偶、15足歲以上子女	未滿15足歲子女
意外保障	意外身故保險金	100萬元	-
	意外殘廢保險金	5萬~100萬元	-
疾病身故保障	疾病身故保險金	100萬元	-
疾病醫療保障	重大疾病(七項)	10萬元	10萬元
健康醫療保障 (涵蓋意外與疾病)	住院日額(每次365日為限)	1,500元	1,500元
	加護、燒燙傷病房(每次45日為限)	2,000元	2,000元
	住院手術保險金(定額給付)	2萬元	2萬元
	急診費用保險金(超過6小時)	1,000元	1,000元
年保費		2,188元	788元

※未註明者皆為保險年齡(保險年齡是指投保當天開始計算，以足歲為標準，若超過6個月則加1歲。)

商品特色

1. 保費超低廉、涵蓋完整的意外與健康險保障，物超所值!
2. 非身故與殘廢的理賠，只要診斷證明書，免收據，申請好簡單!
3. 投保時請填寫並傳真背頁之**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)**。
4. 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。**
5. 續保採自動續保方式，不續保者請來電告知，會退還未滿期的日數保費。國泰產險保留承保與否及調整續年度保費之權利。
6. **重大疾病等待期為60天、疾病身故等待期為30天、健康醫療的疾病項目等待期為30天、健康醫療的意外項目無等待期。**
7. 本簡介供參考，詳細內容請以保單條款為準。
8. 畸零保費試算如下：備註1:請於每月25日前傳真，次月1日生效，依此類推。

備註2:保費僅供參考，請依保險證明為主，約正負5元誤差值。

保險期間	102.09.01~103.01.31	102.10.01~103.01.31	102.11.01~103.01.31
傳真截止日	102.08.25前	102.09.25前	102.10.25前
計劃1	917元	738元	553元
計劃2	330元	266元	198元

規劃與服務：**Tai-One 台一保險經紀人**  
 服務專員：團險部(全教總珍愛2188專案)  
 投保傳真專線：02-8192-4318  
 洽詢電話：02-2970-5198、0980-832-148(亞太)  
 公司地址：新北市三重區重安街132號6樓之1

承保公司：



**國泰產險**

歡迎會員與眷屬(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 必填(簡訊通知)	聯絡市話	電子郵件				
	保單寄送地址 (必填)	□□□□□			保險期間	102年 月 01日 (至103年1月31日為保險期間)	
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。各類人員僅能投保『珍愛 2188』一次,重覆投保部分無效。						
	三、被保人年齡:會員、配偶及子女,以 65 歲為限。被保人投保時已超過最高可承保年齡,恕難受理。						
	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、被保人職業等級限 1-3 類,倘若被保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,會退還未滿期的日數保費。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人,其殘廢保額含國泰產險及所有產、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:意外或疾病身故之受益人限法定繼承人/直系血親/配偶。其餘受益人為被保人本人。						
	九、本人(被保人)同意國泰產險查閱本人(被保人)相關醫療紀錄及病歷資料。						
	十、因應 101 年 10 月 1 日個資法上路,同意由要保單位代表被保人簽立個資同意書。						
<b>*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:</b>							

與會員的關係	本人	<input type="checkbox"/> 配偶 <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					
身故受益人 (若未指定則為法定繼承人)	姓名				
	關係				
參加計劃與保費 如:	1	2,188			

**被保人告知事項:被保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,被保人已在疾病或妊娠情況中者,保險人對該項疾病或分娩,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

信用卡授權 (限被保險人或配偶)	持卡人姓名:	身份證字號:	效期:___月___年	人數 共 ___ 人
	信用卡種類: <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB	發卡銀行: _____	卡號 □□□□-□□□□-□□□□-□□□□	
註:扣款授權人同意自上述帳戶扣繳首、續年度保險費。本保單續保採自動續保、屆期自動扣款,免再重新填寫參加表。不續保者請來電辦理退保,保險公司會退還未到期的日數保費。扣款日為生效日當月10日左右。				