

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

給付項目		保險對象					
		本人、配偶、15歲以上子女 (15足歲~65歲)		本人 (15足歲~65歲)	未滿15歲子女 (15足歲以下)		66歲以上之本人 及配偶、父母 (70歲(含)以下)
		計劃 1	計劃 2	計劃 3	計劃 4	計劃 5	計劃 6
意外保障	意外身故保險金	100萬	300萬	500萬	-	-	100萬
	意外殘廢保險金	5~100萬	15~300萬	25~500萬	5~100萬	10~200萬	5~100萬
意外醫療	實支實付保險金 (可持收據副本)	3萬	3萬	3萬	3萬	3萬	3萬
	意外傷害住院日額 (含骨折未住院)(每事故限90日)	1000元	1000元	1000元	1000元	1000元	1000元
	重大燒燙傷(依比例)	50萬	100萬	150萬	25萬	50萬	25萬
防癌保障	初次罹癌	1萬	1萬	1萬	1萬	1萬	-
	癌症身故保險金	10萬	10萬	10萬	10萬	10萬	-
	癌症住院醫療保險金 (每次事故最長365日)	1000元	1000元	1000元	1000元	1000元	-
	癌症門診醫療保險金 (全年限給付120日)	1000元	1000元	1000元	1000元	1000元	-
	癌症出院後療養保險金 (每次事故最長365日)	1000元	1000元	1000元	1000元	1000元	-
	癌症手術醫療保險金 (不限次數)	1萬	1萬	1萬	1萬	1萬	-
年繳保費		680元	1320元	1960元	660元	960元	800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、涵蓋完整的意外險與癌症險、物超所值。

- 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)。
- 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。**
- 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。
- 初次罹癌給付等待期為60天、其餘癌症項目給付等待期為30天、意外保障與意外醫療無等待期。**
- 意外醫療實支實付可以收據副本申請(需蓋醫院正本相符章)。由於費率採有社會保險之精算基礎,若醫療費用收據未先經全民健康保險分擔時,按實際醫療費用金額的65%給付。
- 本簡介供參考,詳細內容請以保單條款為準。**
- 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	102.09.01~103.06.30	102.10.01~103.06.30	102.11.01~103.06.30	102.12.01~103.06.30
傳真截止日	102.8.25前	102.9.25前	102.10.25前	102.11.25前
計劃 1	565元	508元	451元	396元
計劃 2	1,097元	986元	876元	767元
計劃 3	1,628元	1,465元	1,300元	1,139元
計劃 4	549元	493元	438元	384元
計劃 5	798元	717元	637元	558元
計劃 6	721元	666元	592元	519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680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:



全國教師工會總聯合會
全國退休教師聯盟

「珍愛 680」團體保險自費參加表

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

★規劃服務：台一保險經紀人

★承保公司：國泰產險

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>	□□□□□	保險期間	102年	月	01日	(至103年6月30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、父母、配偶、子女。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、父母、配偶及子女,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。 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,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險人,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。 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險人簽立個資同意書。						
	*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"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 父母 <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 <small>(若未指定則為法定繼承人)</small>	姓名				
	關係				
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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<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 <small>(限被保險人或配偶)</small>	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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></input></input>	
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。				