

106 年度元智大學員工暨眷屬自費團體保險調查說明

※ 請注意：106 年度有調整保費及保障內容（計畫別），敬請原已投保生效同仁及眷屬，若變更投保計畫 2 者，需重新填寫健康告知聲明書。

➤ 投保規則：

1. 承保公司：中國人壽保險股份有限公司（保險期間：106/10/01 零時起至 107/10/01 零時止）
2. 保險期間：本自費加保方案生效後一律承保至保單年度末(107/10/01)零時止。
3. 參加對象：員工及員工戶籍登記之配偶、子女、父母親
4. 加退保資格(承保資格)：
 - (1) 員工、配偶：初次承保年齡需滿 15 足歲至未滿 65 歲止，續保可至 70 歲。
 - (2) 子女：初次承保年齡自出生且正常出院起至 23 歲未婚者。
 - (3) 父母親：最高承保年齡至 80 歲止。
 - (4) 中途可辦理加保，保單年度中不受理變更投保內容及退保。
5. 禁止重覆投保：每位員工、眷屬限投保一份（例如配偶或兄弟姐妹同為本要保單位員工時，不得再以眷屬身份重複加保或為父母、子女重複投保）。
6. 生效/變更：員工及眷屬自費加保，自保險公司收訖之次月一日零時並核保通過後始生效力。
7. 核保：1)「新」加保者 2)員工、配偶及子女申請增加投保險種者 需填寫「團體保險健康告知聲明書」。
8. 受益人：依要保書約定員工身故或喪葬費用保險金受益人順位依「勞基法」給付順位；眷屬身故或喪葬費用保險金受益人順位為 1.員工本人 2.法定繼承人；殘廢及各項醫療保險金的受益人為被保險本人，保險公司不受理其指定或變更。
9. 參加方式：欲參加之員工、配偶、子女及父母親，須填妥本調查表（表格不敷使用可自行影印）
10. 投保限制：子女限投保同一計畫。

➤ 投保計畫說明：

單位:新台幣/元

對象	計畫	定期壽險	重大疾病險	傷害保險	傷害醫療限額	住院定額(日額)(註 1)	住院醫療險 (註 2)					癌症健康保險(津貼型)	年繳保費
							實支實付型				日額津貼		
							病房膳食費	醫療雜費	外科手術費	醫師診查費	事後選擇		
員工	計畫 1	50 萬	5 萬	100 萬	—		—					—	2,350 元/人
	計畫 2	50 萬	5 萬	100 萬	—	1,000	—					癌症住院醫療 2,000 癌症住院手術費用 30,000 癌症療養 1,200 癌症門診醫療 1,200	5,270 元/人
配偶	計畫 1	30 萬	3 萬	100 萬	1 萬		1,000	20,000	30,000	500	1,000	—	2,910 元/人
	計畫 2					1,000	20,000	30,000	500	1,000	癌症住院醫療 2,000 癌症住院手術費用 30,000 癌症療養 1,200 癌症門診醫療 1,200	5,330 元/人	
子女 (註 3)	計畫 1	—	—	—	1 萬		1,000	20,000	30,000	500	1,000	—	1,300 元/人
	計畫 2					1,000	20,000	30,000	500	1,000	癌症住院醫療 2,000 癌症住院手術費用 30,000 癌症療養 1,200 癌症門診醫療 1,200	3,720 元/人	
父母親	—	—	—	—	—		1,000	20,000	30,000	500	1,000	—	3,000 元/人

註 1：住院醫療定額（住院醫療日額）每次事故住院天數上限 60 天。

註 2：住院醫療險實支實付型需以（正本收據）申請，單項限額內實支實付；實支實付與日額津貼二者擇一申請。每次事故住院天數上限 365 天。

註 3：子女採以人計費。

遠東商銀保險代理事業群：

連絡地址：(10065)台北市延平南路 189 號 6 樓之 3

連絡電話/連絡人：(02)7725-2777/黃珮菁（分機 322；行動：0960-508-895）

駐點人員/時間：胡明志（行動 0916-384-858；每月第二、四個星期三上午 9:30~11:30）

元智大學－106 年度員工暨眷屬自費團體保險調查表<T05A011420>

員工姓名：_____ 單位：_____ 身分證字號：_____

出生年月日：_____ 地址：_____

電話：(公)_____ 分機 _____ (宅)_____ / 行動電話 _____

一、請於下表之『106 年投保計畫別』欄位勾選，保險公司將依您勾選內容加保。

異動別	對象	被保險人簽名 (親簽)	身分證字號	出生年月日	106 年度投保計畫別 (勾選參加)	備註
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	員工				<input type="checkbox"/> 計畫 1 <input type="checkbox"/> 計畫 2	
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	配偶				<input type="checkbox"/> 計畫 1 <input type="checkbox"/> 計畫 2	
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	子女				<input type="checkbox"/> 計畫 1 <input type="checkbox"/> 計畫 2 子女限投保同一計畫	
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	子女					
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	子女					
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	子女					
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	父親				限投保住院醫療險 1,000 等級	
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	母親					

- ◎本人(員工)同意參加本保險計畫，經保險公司核保通過後並同意委由要保單位自本人薪資中代扣保費。
- ◎從屬被保險人如投保有死亡保險(例:定期壽險、傷害保險)依保險法第 105 條規定，應請被保險人親自簽名同意；被保險人如未滿 20 足歲，另應請法定代理人簽名。

★被保險人確認事項

- ◎保險公司或要保人(單位)已提供本團保「調查表/加入表填寫說明暨注意事項」供被保險員工(成員)參閱。
- ◎被保險人已審閱「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」

★被保險人聲明事項

- ◎本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- ◎本人(被保險人、要保人)同意中國人壽保險(股)公司將本要保文件(調查表)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。
- ◎本人(被保險人、要保人)同意中國人壽保險(股)公司就本人之個人資料，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。

員工(法定代理人)：_____ (親自簽名) 日期： 年 月 日

本保險計畫係由中國人壽保險(股)公司提供，詳細之保險保障及相關之權益係以本校與中國人壽保險(股)公司簽訂之保險單及條款為準。

「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」

中國人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項規定,向台端告知下列事項,請台端詳閱:

一、蒐集之目的:

- (一) 001 人身保險
- (二) 069 契約、類似契約或其他法律關係事務
- (三) 090 消費者、客戶管理與服務
- (四) 181 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別:

- (一) 姓名。
- (二) 身分證統一編號。
- (三) 地址等聯絡方式。
- (四) 其他因本契約業務需要之業務申請書或契約書內容。

三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式:

- (一) 期間:本保險契約之有效期間及依法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象:本公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
- (三) 地區:上述對象所在之地區。
- (四) 方式:合於法令規定之利用方式。

四、依據個資法第三條規定,台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:

- (一) 得向本公司行使之權利:
 1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 2. 向本公司請求補充或更正。
 3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二) 行使權利之方式:書面。

五、台端不提供個人資料所致權益之影響:

台端若未能提供相關個人資料時,本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此可能婉謝承保、遲延或無法承保。