

職業工會專屬團體保險福利

內 容	會員本人	配偶、子女(15歲以上)	以會員本人為例
(1) 團體一年定期壽險	20 萬元	*****	一般身故 20 萬元
(2) 團體一年重大疾病保險 (生效日期起 30 日後初次罹患)	5 萬元	2 萬元	初次罹患重大疾病 5 萬元
(3) 團體一年傷害保險	130 萬元	50 萬元	意外身故
殘廢保險金 (11 級 75 項)	6.5 萬元—130 萬元	2.5 萬元—50 萬元	130 萬元+20 萬元=150 萬元 (傷害保險 130 萬)+(定期壽險 20 萬)
重大燒燙傷 (5 級 11 項)	19.5 萬元—130 萬元	7.5 萬元—50 萬元	詳燒燙傷等級表
(4) 團體一年住院醫療日額保險 (每次事故限 180 日)	1,500 元	1,500 元	因疾病或意外住院日額 1,500 元/日
加護病房 (每次事故最長 7 日)	3,000 元	3,000 元	1500+1500=3,000 元/日
骨折未住院津貼	187.5~750 元	187.5~750 元	最高 4.5 萬
(5) 團體一年醫療限額傷害保險 (每次事故限 180 日)	1 萬元實支實付	1 萬元實支實付	持診斷書正本及收據副本 收據副本需加蓋醫院關防章
(6) 癌症住院醫療保險金 (不限日數)	1,000 元	1,000 元	癌症住院(含住院醫療日額) 1500+1000=2,500 元/日
癌症手術醫療保險金 (定額給付)	25,000 元	25,000 元	癌症住院+癌症手術 =2,500 元/日+2.5 萬元
癌症未住院放射線或化學治療保險金 (每日限給付一次)	1,000 元	1,000 元	
癌症門診醫療保險金 (每日給付限一次)(全年限給付 120 次)	500 元	500 元	需掛腫瘤科
每月保費	250 元	150 元 150 元 (子女以戶計)	

- ◎年齡限制：1. 會員本人、配偶投保年齡為 15 足歲至 60 歲止，可續保至 65 歲止。
2. 子女投保年齡須年滿 15 足歲至 23 足歲止，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「健康告知聲明書」，經保險公司審核通過後方可承保，可追溯至約定生效日起生效。若有違反告知，皆不予理賠、亦不退費。
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)心肌梗塞(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/尿毒癥(6)癱瘓(7)重大器官移植等重大疾病(8)紅斑性狼瘡(9)血友病(10)AIDS(11)肺結核/肺氣腫(12)先天性疾病(13)心臟疾病(14)精神病/憂慮症/精神官能症(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)投保時正住院中(20)領有殘障手冊等既往病史。
- ◎「癌症醫療保險」必須於生效日起 30 日後，經醫生診斷為初次罹患。
- ◎其他說明：1. 工會開辦之團保為集體自費加保與勞健保及其它個人保險不牴觸。
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、加費、延期、附加條件或以次標準體承保，如有，則本公司不予承保。保險事故發生後亦同(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「團體一年癌症醫療保險及團體一年重大疾病保險」之保障範圍，必須在團保生效日起 30 日後經醫師診斷為初次罹患。
- ◎續保說明：1. 團體保險屬於一年期保險非終身型保單，非保證續保，於保單期滿日保險公司保留是否續保及調整保費之權利。
- ◎給付內容以實際保單條款為準。



核准文號：89年10月4日台財保第0890709009號
 核准文號：102年3月20日金管保壽字第10202542631號
 備查文號：104年10月21日全球壽(商研)字第1041021001號

受理欄

團體保險單號碼：_____

要保單位：_____

一、基本資料

身分	被保險人姓名	出生日期	身分證字號	職業(工作性質)	兼業	身高	體重	被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請依右欄身分勾選)?如勾選是,請提供。	身分	勾選欄
本人									本人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
配偶							配偶		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
子女							子女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
子女							子女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
父親							父親		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
母親							母親		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

二、告知事項

●被保險人對下列告知事項應據實告知並親自填寫,如有隱匿、遺漏或不實之說明,足以影響本公司對於危險之估計者,本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約中該被保險人部分,保險事故發生後亦同。	本人	配偶	父親	母親	子女					
	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否
1.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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.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? (1)高血壓症(指收縮壓140mmHg或舒張壓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。(2)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。(3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。(4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT值超過參考值以上)。(5)腎臟炎、腎病、腎衰竭、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。(6)視網膜剝離或出血、視神經病變。(7)癌症(惡性腫瘤)。(8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。(9)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。(10)紅斑性狼瘡、膠原症。(11)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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.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? (1)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。(3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。(4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。(5)痛風、高血脂症。(6)青光眼、白內障。(7)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人回答)。	<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"/>
5.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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.是否已確知懷孕?如是,已經幾週?(女性被保險人回答)	<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"/>
8.過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥?(投保傷害險回答) (1)高血壓症(指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症。(3)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。(4)糖尿病。(5)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。	<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"/>
9.目前身體機能是否有下列障害:(投保傷害險回答) (1)失明。(2)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○.三以下。(3)聾。(4)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。(5)啞。(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7)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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以上各項答覆為「是」時,請註明號數並詳細說明,如有診察治療紀錄,請告知診治原因、就診大約日期、治療期間、醫院名稱及病歷號碼。

三、聲明事項

- 本人(被保險人)同意全球人壽保險股份有限公司得蒐集、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)同意全球人壽保險股份有限公司將本要保書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)同意全球人壽保險股份有限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。

要保單位 _____ 簽章 被保險人父母親 _____ 簽章

被保險人本人 _____ 簽章 被保險人子女 _____ 簽章

被保險人配偶 _____ 簽章 法定代理人 _____ 簽章

(請親自簽章,若被保險人未滿20足歲或無完全行為能力者,需法定代理人簽章)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

核保人員審核欄		中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
核 定	覆 核	初 核	