附件五

Farglory Life 遠雄人壽

合作金庫商業銀行企業工會 113 年度會員(員工)及眷屬自費優惠團保 新加保參加表

113.01 版

一、調查時間：即日起至 112 年 12 月 29 日止。

二、保單期間：113 年 01 月 21 日零時起 ～ 114 年 01 月 21 日零時止，一年到期經保險公司同意後方可辦理續保作業。

三、保險費繳付方式:「信用卡扣款(本人或配偶之信用卡)」。(僅限合作金庫銀行發行之信用卡)

四、保險生效日說明：請於 112 年 12 月 29 日前簽署新加保參加表繳交至遠雄人壽，待遠雄人壽核保通過後，經信用卡扣款後完成繳款，則保障自 113 年 01 月 21 日零時起生效。

五、參加資格及保費明細表如下— 會員(員工)本人加保眷屬方可加保，且**眷屬保額不得超過會員(員工)保額**。

1.參加資格: 113 年 01 月 21 日仍服務於合作金庫銀行之員工且為工會之會員，方可參加。

2.會員(員工)可加保(A～T)任一等級:投保年齡 15 歲至 65 歲，續保至 70 歲止。

3.配偶可加保(A～E.K~O)任一等級:投保年齡 15 歲至 65 歲，續保至 70 歲止。

4.15 歲以上子女可加保(A.B.K.L)任一等級: 投保年齡自滿 15 歲至 65 歲，續保至 70 歲止。

5.15 歲以下子女可加保(V.W)任一等級:投保年齡自出生(且須正常健康出院)至未滿 15 歲止。

6.會員(員工)父母 :投保年齡至 75 歲，續保可至 80 歲止，75 歲以下限投保 U.U1 等級；75 歲(含)~80 歲限投保 U1.U2 等級。

7.被保險人須填寫『**健康聲明書**』(投保 U1 等級者免填寫)，待保險公司審核通過後，方可生效。

團險險種/保險內容	會員(員工). 配偶. 15 歲以上子女		會員(員工). 配偶			會員(員工)		
新團體傷害保險	100 萬	200 萬	300 萬	400 萬	500 萬	600 萬	700 萬	800 萬
團體重大燒燙傷傷害保險附加條款	50 萬	100 萬	150 萬	200 萬	250 萬	300 萬	350 萬	400 萬
團體意外醫療限額給付傷害保險附約	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬
團體住院日額健康保險附約 100	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元
每人每年保費	820 元/人	1320 元/人	1840 元/人	2330 元/人	2820 元/人	3380 元/人	3880 元/人	4380 元/人
等級	A	B	C	D	E	F	G	H

團險險種/保險內容	會員(員工)		會員(員工). 配偶. 15 歲以上子女		會員(員工). 配偶			會員(員工)
新團體傷害保險	900 萬	1000 萬	100 萬	200 萬	300 萬	400 萬	500 萬	600 萬
團體重大燒燙傷傷害保險附加條款	450 萬	500 萬	50 萬	100 萬	150 萬	200 萬	250 萬	300 萬
團體意外醫療限額給付傷害保險附約	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬
團體住院日額健康保險附約 100	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元
團體癌症健康保險附約	---	---	有	有	有	有	有	有
每人每年保費	4880 元/人	5385 元/人	1160 元/人	1660 元/人	2180 元/人	2670 元/人	3165 元/人	3725 元/人
等級	I	J	K	L	M	N	O	P

團險險種/保險內容	會員(員工)				會員(員工) 父母			15 歲以下子女	
					75 歲以下	75~80 歲	80 歲以下		
新團體傷害保險	700 萬	800 萬	900 萬	1000 萬	100 萬	100 萬	100 萬	---	---
團體重大燒燙傷傷害保險附加條款	350 萬	400 萬	450 萬	500 萬	50 萬	50 萬	50 萬		
團體意外醫療限額給付傷害保險附約	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	3 萬	---	---
團體住院日額健康保險附約 100	1000 元	1000 元	1000 元	1000	1000 元	1000 元	---	1000 元	1000 元
團體癌症健康保險附約	有	有	有	有	---	---	---	---	有
每人每年保費	4230 元/人	4730 元/人	5230 元/人	5730 元/人	4825 元/人	4825 元/人	1120 元/人	465 元/人	910 元/人
等級	Q	R	S	T	U	U2	U1	V	W

※團體住院日額健康保險附約 100 及團體癌症健康保險附約，其保障內容說明如下：

團體住院日額健康保險附約 100 (每次事故最高 100 日)	A~U V.W	U2	團體癌症健康保險附約	
團體日額 100 補助健康保險附加條款 (1~30 天) 1000 元/日 (31~90 天) 1250 元/日 (91~100 天) 1500 元/日	✓	✓	癌症住院醫療保險金 癌症手術醫療保險金 癌症休養保險金	1000 元/日 5 萬元/次 100 元/日
團體住院加護或燒燙燒病房健康保險附加條款 (每次事故最高 14 日) 2000 元/日	✓	X	癌症門診醫療保險金	500 元/日
團體門診手術定額健康保險附加條款 2000 元/次	✓	✓	癌症身故保險金	10 萬元
團體傷害保險骨折未住院醫療給付附加條款(依骨折表日數給付)	✓	X	癌症放射線治療保險金	1000 元/日
團體住院手術定額健康保險附加條款 1000 元/次	X	✓	癌症化學治療保險金	100 元/日

Forglory Life 遠雄人壽

合作金庫商業銀行企業工會 113 年度會員(員工)及眷屬自費優惠團保 新加保參加表

113.01 版

會員(員工)姓名：_____ 單位別：_____ 會員(員工)編號：_____

聯絡電話：_____聯絡地址：_____

（請提供被保險人之聯絡資料予遠雄人壽，倘若未能提供，將以要保單位之聯絡資料為通知。）

※加保者基本資料：(以下資料有塗改或變更內容請於塗改處簽名，未加保者請勿填寫)

加保者(被保險人)姓名 被保險人或法定代理人，同意且知悉本保險內容及投保規定及各項「告知事項」、「聲明事項」及「約定事項」皆屬正確且同意。簽名如下:		出生日期 民國年/月/日	身分證字號	工作內容 (請填寫)	職別 保險公司填寫	投保等級 塗改請簽名	身故保險金受益人 ※為配合防制洗錢及打擊資恐作業，如有指定受益人，下方為「必填」欄位				
							姓名	出生日期 民國年/月/日	身分證字號	與被保險人關係	國籍
會員(員工)本人											
配偶											
會員(員工)父											
會員(員工)母											
子女(一)											
子女(二)											
子女(三)											

※受益人聯絡方式：

★身故保險金受益人指定如為身分別之指定，或未填寫身故保險金受益人之聯絡地址及電話，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

姓名	連絡電話	聯絡地址

※約定事項：

1.**每年僅調查一次，保險期間中途不再辦理加退保作業。**
2.本保險單為一年期保單，保險公司保留調整續保年度保險費用或是否繼續續保之權利。
3.以保險公司收到參加表及健康聲明書，且經遠雄人壽核保通過後，方可追溯至約定生效日起生效。保險給付內容以正式保單內容為準。
4.**眷屬醫療保險金由會員(員工)代為請領，即保險給付之受款人為會員(員工)本人，身故受益人請自行指定。**
5.被保險人投保時已據實告知工作性質。且保險期間內，倘若工作性質變更且變更超過第 4 類，屬第 5 類(含)以上，則需書面通知遠雄人壽辦理退保。若未告知且保險事故已發生，則遠雄人壽將依「違反告知」不予理賠保險金，但遠雄人壽無息退還當年度保費。
6.**新加保之「被保險人(含員工及眷屬身份)」，現有投保傷害醫療保險有效契約投保張數，總額超過法令規範之承保上限時，遠雄人壽有調整保額內容及是否承保之權利。**

※聲明事項：

1.本人（被保險人）同意遠雄人壽保險事業股份有限公司（以下簡稱遠雄人壽）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。
2.本人（被保險人、要保人）同意遠雄人壽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。
3.本人（被保險人、要保人）同意遠雄人壽就本人之個人資料，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。

■繳費方式: 信用卡 (僅限合作金庫商業銀行發行之信用卡)。

本人同意並授權遠雄人壽以信用卡代扣本人及眷屬之自費團保保費。(限本人或配偶之信用卡)

信用卡卡號				有效月/年	____月____年止
發卡銀行	合作金庫商業銀行	持卡人簽名	□本人_____ □配偶_____ ※如持卡人為配偶需檢附身分證影本或戶口名簿影本或戶籍謄本影本之文件。		

※會員(員工)本人 (被保險人或法定代理人)**同意上述保險內容及各項約定事項。**

會員(員工)本人簽名：_____(請務必親簽) **聲明日期:民國____年____月____日**

若有疑問請電 1.合作金庫商業銀行企業工會(02)25568252 蔡合政 先生 2. 遠雄人壽團體保險部(02)27583099#1515 侯小姐/#1568 吳小姐

保險公司核定欄	遠雄人壽核定保險生效日自 113 年 01 月 21 日零時起	保險公司主管	保險公司經辦

Farglory Life 遠雄人壽

遠雄人壽團體保險健康聲明書

核准文號：民國 92 年 12 月 24 日
台財保字第 0920752304 號函
修正日期：民國 111 年 12 月 02 日
依 111.08.30 金管保壽字
第 1110445485 號函修正

保單號碼		要保單位		與被保險人（員工/會員）關係	□本人 □本人配偶 □本人子女 □本人父母

被保險本人姓名	出生日期	身份證字號	編號	配偶姓名	子女 1 姓名	子女 2 姓名	父親姓名	母親姓名

【被保險人健康告知事項】

※要保人及被保險人對於告知事項詢問，應據實說明，並親自填寫清楚，如為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，依保險法第六十四條規定，本公司得解除契約。保險事故發生後亦同。

※投保健康險者，依保險法第一百二十七條：「保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任」。

	本人	配偶	子女1	子女2	父親	母親
被保險人目前身高、體重	公分 / 公斤	公分 / 公斤	公分 / 公斤	公分 / 公斤	公分 / 公斤	公分 / 公斤
被保險人目前是否受有監護宣告？(如勾選是者，請提供相關證明文件)	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
投保 壽險 或 健康保險 者請勾選	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
一、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）	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
二、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？	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
三、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？						
(一)高血壓症（指收縮壓 140mmHg 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。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(二)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。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(三)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(四)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常（GPT、GOT 值檢驗值有異常情形者）。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(五)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(六)視網膜剝離或出血、視神經病變。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(七)癌症（惡性腫瘤）。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(八)血友病、白血病、貧血（再生不良性貧血、地中海型貧血）、紫斑症。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(九)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。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(十)紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
四、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？						
(一)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(二)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸、慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(三)痛風、高血脂症、青光眼、白內障。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(四)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血。（女性被保險人請回答）	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
五、目前是否已確知懷孕？ 如是 ， （已懷孕_____週）（女性被保險人請回答）	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
六、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
七、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
投保 傷害險 者請勾選	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
八、過去二年內是否曾因患有第三、四項底線標示之疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
九、目前身體機能是否有下列障害？						
(一)失明、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〇．三以下。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(二)聾、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、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
(三)四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □

※塗改處請被保險人務必簽名

上述任何一項勾選『是』者，請標明題號，並將病狀病名、就診或檢驗及住院大約時間、醫院名稱、治療及結果說明於下：

【聲明事項】

一、本人（被保險人）同意遠雄人壽保險事業股份有限公司（以下簡稱遠雄人壽）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。

二、本人（被保險人、要保人）同意遠雄人壽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。

三、本人（被保險人、要保人）同意遠雄人壽就本人之個人資料，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。

被保險人親簽：（本人）_____ /（配偶）_____ /（子女 1）_____

（子女 2）_____ /（父親）_____ /（母親）_____

未成年法定代理人親簽：_____ 中華民國_____年_____月_____日

要保單位及負責人蓋章

保險公司核保欄	審核結果說明： □檢附問卷 □檢附除外同意書 □其他：	保險公司經辦	