

《產品簡介》

隨著台灣人口結構老化快速，需長期照顧人口快速成長。且長期照護所需要的支出龐大，加上少子化加劇，青壯年人的養護負擔日益加重，所以事先的保險計劃是很重要的。此專案是專屬於教師會會員和會員之家庭的長照保險計畫。

《保險給付項目》(詳細內容請參閱保單條款，105.12.01 新壽商開字第 1050000297 號函備查，107.09.14 依 107.06.07 金管保壽字第 10704158370 號函修正)

- 長期照顧一次保險金 ● 長期照顧分期保險金 ● 完全失能關懷保險金 ● 完全失能生活扶助保險金
- \* 被保險人於本契約有效期間內致成保單條款附表所列永久完全失能程度或因疾病、傷害、體質衰弱或認知障礙經醫院專科醫師診斷確定符合保單條款約定之「長期照顧狀態」者，新光人壽依照本契約約定給付保險金。\* 本契約所稱「長期照顧狀態」係指被保險人經專科醫師診斷判定，符合保單條款所列之生理功能障礙或認知功能障礙二項情形之一者。

新光人壽 關懷久久長期照顧團體健康保險			
保 額	1 萬	2 萬	
	不論意外或疾病		
看 巴 氏 量 表	<b>一次金：長期照顧一次保險金 (保額的 8 倍，一次給付)</b>		
	符合長期照顧狀態：二擇一		
	1. 生理功能障礙 (巴氏量表六項有三項以上符合)	8 萬	16 萬
	2. 認知功能障礙 (時間、場所、人物分辨， 三項有兩項以上符合)		
看 診 斷 證 明 書	<b>分期金：長期照顧分期保險金 (月給付，按保額，最高給付 180 個月)</b>		
	條件同上，啟動後保證領 12 期，滿 12 期 後需再提出符合長照之相關證明，才再領 12 期，最高可領 180 期		
	1 萬/月	2 萬/月	
	<b>一次金：全失能關懷保險金 (保額的 8 倍，一次給付)</b>		
按條款所列七項永久完全失能之一		8 萬	16 萬
<b>分期金：全失能生活扶助保險金 (月給付，按保額，最高給付 180 個月)</b>			
按條款所列七項永久完全失能之一 每年須提出生存證明，即可續領		1 萬/月	2 萬/月
<b>會員、配偶、子女 年繳保費</b>		<b>825 元</b>	<b>1650 元</b>
<b>父母年繳保費</b>		<b>2400 元</b>	<b>無</b>

【投保資格】

主被保險人需為正式受薪教師且為教師會會員者。會員本人、配偶及會員父母投保年齡 15 足歲~65 歲，可續保至 70 歲。子女投保年齡 15 足歲~24 歲(保險年齡)

(夫妻同為教師不得互以眷屬身分再加保)

投保後離婚者，需辦理退保，其保障計算至繳費當年度保費到期日止。

【其他投保須知】

保障生效日：每個月均可辦理投保，並於每月 5 日扣款後生效。

繳費方式：保險費一律採年繳，信用卡繳費(限以會員本人所持有信用卡繳納保險費)。

續保需知：需符合投保資格且為全教總會會員者方能續保。

各項變更：本團體保險契約續保期間，方可辦理變更。

免責期間：本商品免責期間為九十日。56 歲(含)以上需附普通體檢(身高/體重/血壓/尿液常規)。

教師會會員自費團體保險投保資料表

保單號碼: 保險證號: 單位代號: 投保生效日期: 112.10 修

◎保障內容與基本年繳保費加保人員資料及投保內容: 類別 ( ) 全戶新加保、( ) 眷屬新加保、( ) 更改保險金額

保險種類		關懷久久長照團體健康保險			
計劃別		1	2	3	
保險金額		1 萬	2 萬	1 萬	
會員、配偶、子女年繳保費		825 元	1,650 元	-	
父、母年繳保費		-	-	2,400 元	
身份別	被保險人姓名	生日	身分證字號	國籍	計劃別
會員本人					
配偶					
子女					
子女					
子女					
會員父親					
會員母親					

一、投保資格:

- 首次加保本專案, 主被保險人需為**本專案簽約之教師會**會員, 請提供教師會會員證影本。
- 會員本人、配偶、會員父母投保年齡 15 足歲~ 65 歲。子女投保年齡 15 足歲~ 24 歲。  
於本團體保險契約有效期限內, 會員本人、配偶、會員父母可續保至 70 歲。子女可續保至 24 歲。  
會員申請加保且核保通過受理者, 始受理其眷屬之加保申請。夫妻同為教師, 不得互以眷屬身份再加保。

二、投保須知:

- 首次加保: 填寫投保資料表、健康聲明書。加保作業時間: 每月 15 日前辦理, 若有補辦事項請於當月 25 日前完成寄達本公司並核保通過者, 保障生效日期為完成審核日之次月 1 日生效, 若未於補辦時間內完成者即不受理。本公司對被保險人所應負之責任, 經本公司同意受理後並扣款成功時, 始生效力。
- 販賣機構: 理想保險經紀人事業發展股份有限公司 地址: 110 臺北市信義區東興路 53 號3樓 服務電話: 02-2761-3311 # 668
- 保障期間: 自本公司同意受理之生效日起, 至本公司和**本專案簽約之教師會**所訂團體保險契約上所載投保期間之末日。
- 繳費: 保險費一律採年繳, 限以會員本人所持有信用卡繳納保險費。投保第一年度, 未滿一年者, 按天數收取保費。若因續約有調整費率時, 其續年度應繳保費, 理想保經通知保戶後, 收取保費接續保障。
- 保險證: 請款成功後, 郵寄保險證至理想保經, 由理想保經寄至會員本人。
- 續保: 每年保險期間屆滿前, 經本公司與理想保險經紀人確認續保後, **理想保經若未收到被保險人退保申請, 則視為同意續保並收取新年度保費。**
- 各項變更: 每逢本團體保險契約續保期間, 可申請辦理變更。如保險金額、眷屬新加保、退保等。
- 申辦保險金額變更增加者, 請重填健康聲明書、投保資料表, 由本公司重新核定後, 保障始生效。
- 退保: 保費保費當年度當會員及其眷屬, 達本合約內各險種之最高投保年齡時, 本公司即辦理該被保險人之退保作業。當會員本人保障終止時, 其全戶眷屬保障亦同時終止。退保作業時間: 退保生效日期為本公司收件日之次月 1 日生效, 未到期保費按天數退還。

◎聲明事項:

- 本人同意新光人壽保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人同意新光人壽保險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。
- 本人同意新光人壽保險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。

會員簽名: \_\_\_\_\_ 配偶簽名: \_\_\_\_\_  
 子女簽名: \_\_\_\_\_ 子女簽名: \_\_\_\_\_ 子女簽名: \_\_\_\_\_  
 會員父親簽名: \_\_\_\_\_ 會員母親簽名: \_\_\_\_\_ 法定代理人簽名: \_\_\_\_\_  
 成員(員工)地址: □□□ \_\_\_\_\_  
 行動電話: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

成員(員工)本人同意事項:

- 成員(員工)本人同意以本人所持有經過授權之信用卡扣繳本保險之保費。
- 成員(員工)本人所提供之信用卡因停卡、信用額度不足等因素, 致新光人壽無法扣款時, 則本投保不生效力。
- 續年度信用卡扣款時, 若授權之信用卡有效期限已過, 成員(員工)本人應配合重填信用卡授權書, 以使扣款成功。
- 立授權書人成員(員工)本人同意授權以下列信用卡繳納被保險人之保險費。

授權之信用卡資料 \*大來卡、美國運通卡、VISA 金融卡不適用

卡別:  VISA  Master Card  JCB  聯合信用卡  
 發卡銀行: \_\_\_\_\_ 立授權書人(持卡人)簽名: \_\_\_\_\_  
 信用卡有效期限: 西元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月止 (需與信用卡簽名相同)  
 卡號: \_\_\_\_\_

此 致 新光人壽保險股份有限公司 申請日期: 中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

會員本人: \_\_\_\_\_ 親簽 行政受理: \_\_\_\_\_ 理想服務人員: \_\_\_\_\_ 單位/代號: \_\_\_\_\_



為確保您的權益，以下被保險人告知事項，請務必親自詳實加圈填寫。如有不實，本公司得依保險法第64條解除契約，保險事故發生後亦同。	(1) 本人	眷 屬/ 關 係				
		(2) 配偶	(3) 子女	(4)	(5)	(6)
		是否	是否	是否	是否	是否
五、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"/>
六、目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障礙、智能障礙(外表無法明顯判斷者)? (如答覆是者，請圈選狀況)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
七、已確知懷孕? (懷孕 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"/>
八、投保醫療險者請填寫本項 (本契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，本公司對是項疾病或分娩，不負給付之責任)						
(1)現在是否仍患有下列疾病? 精神官能症、何杰金氏症、膽管炎、膽囊炎、梅毒、腦性麻痺、腦膿瘍、化膿性骨髓炎、併發有嘔吐現象的持續性頭痛、內耳炎、鼻竇炎、乳突炎、坐骨神經痛、椎間板脫出、腎結石、輸尿管結石、膀胱結石、腦膜炎、腦炎、水腦症。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)是否曾金屬中毒、化學中毒? (如答覆是者，請圈選病症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※ 以上各項詢問如有答覆「是」者，請在下列「告知事項說明欄」告知						
告 知 事 項 說 明 欄						
被保險人姓名	疾病名稱	發病日期	就診醫院	治療方式(可複選)	目前狀況	
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____		
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____		
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____		
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____		
<p>(1)本人(被保險人)同意新光人壽保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。</p> <p>(2)本人(被保險人、要保人)同意新光人壽保險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。</p> <p>(3)本人(被保險人、要保人)同意新光人壽保險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。</p>						
被保險人簽章		此致		<b>新光人壽保險股份有限公司</b>		台照
				要保單位覆證：		
(1) 本人：	簽章	監 護 人：				簽名
(2) 配偶：	簽章	法定代理人：				簽章
(3) 子女：	簽章	法定代理人：				簽章
(4) _____：	簽章	法定代理人：				簽章
(5) _____：	簽章	法定代理人：				簽章
(6) _____：	簽章	法定代理人：				簽章
		日 期：		年 月 日		
新 光 人 壽 專 用						
審 查 意 見	(1) 本人： (2) 配偶： (3) 子女： (4) (5) (6)				核 保 人 簽 章	

## 個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除上述說明書所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)，本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。

立同意書人併此聲明，此同意書係於本人意願下所為之意思表示。

此致

理想保險經紀人事業發展股份有限公司

立同意書人 ( 即被保險人 ) 簽名：\_\_\_\_\_

法 定 代 理 人 簽 名：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 年 月 日