中華郵政工會『新珍愛 100』重大疾病團體保險

一次享有三重保障，免健康告知可送件投保

疾病說來就來，風險不等人，保障等待期過後新發生之疾病或意外傷害

保障內容	計劃 1	計劃 2
特定重大疾病保險金(甲型)(等待期 60 天)	10 萬	10 萬
初次罹癌保險金(原位癌 10%)(等待期 60 天)	5 萬	10 萬
癌症身故保險金(等待期 60 天)	1 萬	1 萬
住院日額醫療保險金(等待期 30 天)(最高給付 90 日)	500 元	1,000 元
年繳保費	1,390 元	2,365 元

說明與簡易投保流程：保險公司保留承保與否及調整續年度保費之權利。其他未盡事宜，悉依保單條款規定辦理

1. 參加對象:15 足歲~65 歲。會員、配偶、子女、父母，得續保至 65 歲。會員投保眷屬才可投保。
2. 初次罹患癌症或特定重大疾病保險金(甲型)，一筆給付， 安心療養。
3. 特定重大疾病保險金定義：按保單條款(甲型)定義之急性心肌梗塞、冠狀動脈繞道手術、腦中風後障礙、末期腎病變、癌症、癱瘓、重大器官移植(心、肺、肝、胰、腎) 或造血幹細胞移植。
4. 初次罹癌定義:於本契約等待期屆滿前未曾被醫師診斷確定罹患癌症。
5. 等待期規範說明:住院日額等待期為 30 日，癌症、特定重大疾病等待期為 60 日。等待期之前曾發生的疾病與意外，不在保障範圍內。
6. 初次罹患原位癌:依照「初次罹患癌症」保險金額的百分之十給付。
7. 續保注意事項:經保險公司核保通過得自動續保、屆期自動扣款、免再重新填寫參加表。若不續保，請保險到期日前五日，來電做書面辦理！若到期無法續保，會簡訊相關通知(若有手機變更請主動通知變更，以免權益受損)。

請填寫參加表 → **請傳真參加表 (02)8192-4318**
商品諮詢專線 (02)2970-5198
台一保經 @taione
請於當月 25 日先前傳真，經保險公司核保通過後，『約定生效日為次月 1 日零時』。台一保經收到您的傳真文件，會於三個工作日內手機簡訊通知已收到，若三日內未收到簡訊通知，請您再來電確認或再請傳真一次!
→ **郵政儲金媒體轉帳**
保險公司核保通過後，會通知扣款
→ **寄送保單**
保險公司製單後，寄發保險證及繳費收據等相關資料至您指定的保單寄送地點

112.01.28 更新，之前作廢

中華郵政工會團體保險自費參加表

歡迎會員與眷屬(配偶、子女、父母)且職業等級一至四類參加投保

要保單位	中華郵政工會			單位與職稱	
會員資料	會員姓名		身份證號		出生日期	
	★手機電話 必填(簡訊通知)		聯絡市話		電子郵件	
	保單寄送地址 (必填)	□□□□□			保險期間	□(51專案) 自___年___月 01 日起至113年5月1日零時 □(88專案) 自___年___月 01 日起至112年8月1日零時。 □(100專案) 自___年___月 01 日起至113年4月1日零時。

與會員的關係		本人	□配偶□子女□父母	□配偶□子女□父母	□配偶□子女□父母	□配偶□子女□父母
被保險人姓名		同上				
★被保險人親簽(必須) 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。						
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
被保人之服務單位/工作內容(詳填)						
身故受益人 (身故受益人限:父母、配偶、子女及法定繼承人;若未指定則為法定繼承人)	姓名					
	身份證號					
	生日					
	關係					
(會員、配偶、子女、父母) 51 專案	C 2,420					
(會員、配偶、子女、父母) 88 專案	4 3,661					
(會員、配偶、子女、父母) 100 專案	2 2,365					

★被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? □是,□否 **如勾選是者,請提供相關證明文件**

被保險人告知事項: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 2.體重	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 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?	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □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)	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否
5.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □否	□是 □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

郵政存簿儲金扣款	戶 名(簽名) : _____ 身分證號 : _____ 局 號 : □□□□□□ — □ 帳 號 : □□□□□□ — □ 註:扣款授權人同意自上述帳戶扣繳首、續年度保險費。本保單續保採自動續保、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。扣款日依各專案說明之扣款日扣款。★首次扣款,需提供自動轉帳付款授權書正本(一式兩份),或請洽台一保經,謝謝。	人數	共 _____人
		保費	共 _____元

Tai-One 台一保險經紀人 Enrich our life **感謝您的撥冗填寫,請傳真投保,收到傳真兩日內簡訊通知! 傳真專線:02-8192-4318** @taione

中華郵政「團體保險」 洽詢電話:02-2970-5198、0980-832-148(中華) 新北市三重區重安街 132 號 6 樓之 1 (112.04.13 版)