淡江大學學校財團法人淡江大學
114年度員工眷屬自費團體保險投保說明

壹、參加資格及投保規定

1. 保險期間：114年 08月 01 日零時起至 115年 08 月01日零時止，為期一年。
2. 本次自費案收件截止日為 114 年 07月 24 日(四)前送達人力資源福利組。
   參加資格及年齡限制：限本公司所屬正式員工及其直系眷屬(配偶、子女) 且以「在台灣居留者」為限。
   (1) 配偶：承保年齡自滿 15 足歲至 75 足歲。
   (2) 子女：限出生正常且健康出院起**至23足歲仍未婚者**。
   (3) 父母：承保年齡至85 足歲。
   新光人壽保險股份有限公司對被保險人所應負之責任，經新光人壽同意受理並繳款成功時，始生效力。
3. 眷屬之加退保：**眷屬中途不辦理加退保作業**，離職及退休員工之眷屬自費案保險效力可持續至該年度結束。
4. 申請文件：申請新加入本自費案之被保險人，均需填寫投保資料表及健康聲明書，61 歲(含)以上者請加附普通體檢(身高、體重、血壓、尿液常規)。
5. **受益人：醫療保險金受益人為事故者本人，身故保險金受益人為法定繼承人:1. 直系血親卑親屬 2.父母3. 兄弟姐妹4.祖父母，如欲指定身故受益人，請填寫身故保險金受益人相關資料。**
6. 保險證：請款成功後，提供保戶保險證。
7. 退 保：配偶投保後離婚者，請保戶通知新光人壽辦理退保，保障計算至繳費當年度到期日止。續保當年度其眷屬，達本合約內各險種之最高投保年齡時，新光人壽即辦理該被保險人之退保作業。
8. 本契約的保險期間為一年，每年保險期間屆滿前，保險公司將視保單狀況重新評估調整，經要保單位與保險公司雙方同意續保後即生效。

貳、保險內容：(傷害醫療險自費費用100%給付，新加保傷害醫療實支實付每位被保險人限投保本公司2張)

保險內容 \ 計劃別	配偶(計畫二)	重疾配偶(計畫三)	子女(計畫四)	父母(計畫五)
新定期壽險(疾病或意外完全失能保險金)	10萬	10萬	X	X
意外失能保險100%~5% (1~11級，80項)	10萬~0.5萬	10萬~0.5萬	X	X
重大疾病險(不含身故金)	4萬	X	X	X
團體傷害保險				
意外身故保險金	80萬	80萬	X	50萬
意外失能保險金 100%~5% (1~11級，80項)	80萬~4萬	80萬~4萬	X	50萬~2.5萬
特定意外-空陸水上運輸工具	80萬	80萬	X	50萬
特定意外-公共建築物火災	80萬	80萬	X	50萬
特定意外-電梯意外	80萬	80萬	X	50萬
重症燒燙傷	28萬	28萬	X	17.5萬
傷害醫療保險 (副本實支實付/非健保就醫100%給付)	2萬	2萬	2萬	2萬
守護住院日額險				
無等待期	附加	附加	附加	X
住院日額(最高365日)(定額給付-免收據)	1,000/日	1,000/日	1,000/日	500/日
加護病房保險金 (最高14天)(定額給付-免收據)	1,000/日	1,000/日	1,000/日	500/日
燒燙傷病房保險金(定額給付,最高60天-免收據)	1,000/日	1,000/日	1,000/日	500/日
住院前後門診(實支實付)	500/次	500/次	500/次	500/次
門診手術(實支實付)/處置(定額)	5,000元/2,500元	5,000元/2,500元	5,000元/2,500元	5,000元/2,500元
意外傷害急診(實支實付)	5000/次	5000/次	5000/次	5000/次
骨折未住院津貼(定額)	1,750~30,000	1,750~30,000	1,750~30,000	875~15,000
住院醫療費用(雜費/住院手術副本實支實付)	10,000/次	10,000/次	10,000/次	10,000/次
癌症險				
日額(最高365天)	700	700	700	X
出院療養金(最高21天)	700	700	700	X
門診(最高90天)含化放療	700	700	700	X
手術金	1萬	1萬	1萬	X
每人保費	2000	1892	1614	1700

欲參加者，請填寫下頁投保資料表

【淡江大學學校財團法人淡江大學-員工眷屬自費團體保險投保資料表】

參、員工基本資料(以下資料必填)

員工姓名：＿＿＿＿＿＿身分證字號：＿＿＿＿＿＿ 出生年月日:＿＿＿＿＿＿

部門別：＿＿＿＿員工編號：＿＿＿＿＿ 電話：（公司）＿＿＿＿＿＿ 手機：＿＿＿＿＿

肆、員工暨眷屬自費參加者投保資料

(注意事項：1.以下投保資料請以正楷填寫，若填寫錯誤，請被保險人於塗改處簽名。2.員工限以員工身分投保，不得採用眷屬身分重複投保，眷屬亦不得重附加保。)

伍、☐被保險人之身故保險金受益人為法定繼承人(勾選此項，受益人資料不需填寫)。

身分	計劃別	被保險人親簽(註1)	國籍	出生年月日	身份證字號	電話(含分機)手機	法定代理人親簽姓名	受益人資料	與被保人關係	職業類別(工作內容)	異動項目
配偶	☐2 ☐3					電話手機		親簽姓名： 身分證字號: 出生年月日: 電話： 國籍：			☐ 新加保 ☐ 續保
子女	☐4					電話手機		親簽姓名： 身分證字號: 出生年月日 電話： 國籍：			☐ 新加保 ☐ 續保
子女	☐4					電話手機		親簽姓名： 身分證字號: 出生年月日: 電話： 國籍：			☐ 新加保 ☐ 續保
子女	☐4					電話手機		親簽姓名： 身分證字號: 出生年月日: 電話： 國籍：			☐ 新加保 ☐ 續保
父母	☐5					電話手機		親簽姓名： 身分證字號: 出生年月日: 電話： 國籍：			☐ 新加保 ☐ 續保
父母	☐5					電話手機		親簽姓名： 身分證字號: 出生年月日: 電話： 國籍：			☐ 新加保 ☐ 續保

註 1：從屬被保險人如有投保死亡保險，依保險法第 105 條規定，應請被保險人親自簽名同意，被保險人未滿18 足歲，請法定代理人簽名。

☐(1)本人已審閱新光人壽所提供之「保險單條款樣本」、「投保人須知」、「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」，並已於合理期間審閱前開全部條款並於充分了解其內容後方始簽章。嗣後前述資料若有修正時，同意新光人壽以電子文件或書面方式寄送通知，雙方之權利義務以修正後之文件為準。

(2)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。

(3)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。

(4)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。

陸、保險費繳交方式及聲明:

本人（員工）同意參加本保險計劃，經保險公司核保通過後並同意由要保單位自本人薪資中代扣保險費。

員工(法定代理人)親簽：＿＿＿＿＿＿＿＿

※若有任何問題請電洽服務窗口：范家綸協理聯絡電話02-2257-2710 手機0920911650 電子信箱philip620824@gmail.com

申請日期：民國＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日