

保險內容		A、B 計畫全體員工 15 足歲~75 歲眷屬		C 計畫 0~未滿 15 足歲以下眷屬	
甲、 意外 身故 失能	1、團體傷害保險	事故 重疊 可以 累加 給付 (失能) (5%~100%)	51 萬	2.5 萬~50 萬 (僅失能給付)	
	2、大眾運輸工具乘客意外事故保險金(陸、海、空)		150 萬		
	3、火災特定事故保險給付		150 萬		
	4、電梯特定事故保險給付		150 萬		
	5、地震特定事故保險給付		100 萬		
乙	1、重大燒燙傷保險給付	2.5 萬~50 萬		2.5 萬~50 萬	
丙、 意外 醫療	1、實支實付傷害醫療保險金	3 萬元	丙 1. 丙 2 二 擇 一	3 萬元	丙 1. 丙 2 二 擇 一
	2-1、一般病房住院日額保險金(最長給付 90 日)	1,000 元/日		1,000 元/日	
	2-2、骨折未住院保險金	最高 3 萬元		最高 3 萬元	
	2-3、加護病房住院日額保險金(最長給付 45 日)	3,000 元/日		3,000 元/日	
	2-4、燒燙傷病房住院日額保險金(最長給付 45 日)	3,000 元/日		3,000 元/日	
3、住院慰問保險金附加條款(連續住院達 3 日(含)以上)	1,000 元/次	可以 同時 給付	1,000 元/次	可以 同時 給付	
丁、 慰問 金	1、意外門診手術醫療保險金		500 元/次		500 元/次
2、意外住院手術費用保險金(5%-200%)	5,000 元/次		5,000 元/次		
	3、食物中毒慰問金(2 人因食品致病檢體相同或因細菌性毒素或急性化學性食品)	1,000 元/次	1,000 元/次		
年繳保費 (109/5/1 生效, 限會員與續保眷屬) (新加保生效日自 109/6/1 起)		生效日	A 計畫 15-65 歲	B 計畫 66-75 歲	C 計畫 0-未滿 15 足歲
		109/5/1	360	590	230
		109/6/1	329	540	210
		109/7/1	300	491	192
		109/8/1	269	441	172
		109/9/1	239	391	152

◎ 51 專案補充說明 (規劃公司: 台一保險經紀人、承保公司: 兆豐產物)

- 眷屬投保資格: 配偶、父母【0-70 歲, 續保至 75 歲】、子女投保年齡限出生滿一個月並正常出院至年滿 23 歲未婚且在學者職業類別限 1-4 類, 且投保前 180 天內未因特定重大疾病【心肌梗塞、冠狀動脈繞道手術、精神疾病、腦中風、慢性腎衰竭(尿毒症)、癌症(不含原位癌)、癱瘓、重大器官移植(心、肺、肝、胰、腎、骨髓)】等, 住院治療者, 皆可投保。如懷孕 28 週(含)以上之婦女暫不承保。眷屬 65 歲以上須加填加保申請書, 已有在兆豐產物保險公司投保健康傷害險之商品者, 不得投保本專案。
- 被保險人投保時已超過最高可承保年齡, 恕難受理; 倘若被保險人變更工作屬性超過承保的職業等級應書面通知兆豐產物並辦理退保。
- 失能保額限制: 15 歲以下未成年之被保險人, 其失能保額含兆豐產物及所有產、壽險同業以 200 萬為限, 若法令修改, 於其後投保者依新法之規定。
- 身故受益人: 限父母、子女、配偶及法定繼承人, 若未指定則為法定繼承人。其餘受益人為被保險人本人。
- 每位被保險人於本公司累計一般身故及失能保險金額, 以 1000 萬元為限, 且與身故或失能相關之累計危險保額以 2500 萬元(含各項附約之保額)為限。
- 實支實付傷害醫療商品累計產壽險同業投保以 3 張為限。
- 財務核保: 被保險人累計同業及兆豐產物(含本保險契約)之身故保險金額超過 2500 萬元(含), 需填寫財務問卷並提供相關的財力證明文件, 以為保險公司審核承保與否之依據。
- 除外責任: ①要保人、被保險人的故意行為。②被保險人犯罪行為。③被保險人飲酒後駕(騎)車, 其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。④戰爭(不論宣戰與否)、內亂及其他類似的武裝變亂。但契約另有約定者不在此限。⑤因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。但契約另有約定者不在此限。⑥被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。⑦被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。(如有未盡事宜, 以條款為準)
- 本人(被保險人)同意必要時兆豐產物查閱本人(被保險人)相關醫療紀錄及病歷資料。
- 會員與眷屬之保險有效期間: 自加保日 0 時起至 110 年 5 月 1 日 0 時。(於生效日前填寫並提出參加表及相關文件)
- 「意外傷害醫療保險金」申請注意事項:
申請醫療保險金者, 須檢附診斷書及醫療費用收據(若以收據副本代替, 須請原醫療院所加蓋醫院章)。被保險人之醫療費用未先經全民健康保險給付時, 保險公司按實際支付醫療費用金額的百分之七十核算給付保險金。
- 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。若不續保請書面辦理退保, 若為屆齡調整方案會另行通知與確認是否續保! 若到期無法續保, 保險公司將於續保日前三個月內, 會郵寄相關通知。
- 兆豐產物保留承保與否之權利, 其他未盡詳細說明事項, 悉以專案投保規定及保險法相關法令及保單條款辦理。

◎ 簡易投保流程





※本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站 (<https://www.cki.com.tw>) 查閱，或親蒞本公司(100 台北市武昌街一段五十八號)及各分支機構洽詢。
 ※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
 ※投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。 ※本保險商品為非保證續保之健康保險。
 ※保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。 ※健康保險契約「疾病等待期間」之相關約定，請參閱各該健康保險契約條款。
 ※本商品受保險安定基金之保障，並依該基金之動用範圍及限額規定辦理。
 ※被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將依契約條款之約定返還未滿期保險費。

109年4月27日兆產個保字第1095400103號函送保險商品資料庫

要保單位		中華郵政工會		單位與職稱	
主 被 資 保 險 料 人	被保險人姓名	身分證字號	出生日期		
	手機電話(簡訊通知)	聯絡市話	電子郵件		
	保單寄送地址(必填)	□□□□□	保險期間	自 109 年__月 01 日起至 110 年 5 月 1 日 零時	

與主被保險人的關係	(1)本 人	(2)□父母□配偶 □子女	(3)□父母□配偶 □子女	(4)□父母□配偶 □子女	(5)□父母□配偶 □子女
被保險人姓名	同上				
身分證字號	同上				
出生年月日	同上	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
國籍					
服務單位/工作內容					
身故保險金受益人 (若未指定則為法定繼承人)	姓名				
	身分證字號				
	出生年月日				
	關係/國籍				
被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)?如勾選是者，請提供相關證明文件。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險(請勾選)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
參加計劃/方案別與保費如：	A	360			

【被保險人告知事項】：本人於訂立本契約時，對於貴公司要保書書面詢問的告知事項均已據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少貴公司對於危險的估計者，貴公司得解除契約；其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。

1.身高	公分	公分	公分	公分	公分
2.體重	公斤	公斤	公斤	公斤	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?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5.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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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

【要(被)保險人聲明事項】

- (一) 本人(被保險人)同意兆豐產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- (二) 本人(被保險人、要保人)同意兆豐產物保險公司將本要保書上載本人資料轉送產、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)同意兆豐產物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。
- (四) 本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保兆豐產物保險公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知兆豐產物保險公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而兆豐產物保險公司仍承保者，兆豐產物保險公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知兆豐產物保險公司者，同意兆豐產物保險公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。

被保險人簽名：(1)_____ (2)_____ (3)_____ (4)_____ (5)_____

法定代理人簽名：_____ (被保險人未滿 20 歲者需由法定代理人簽名)

郵政存簿 儲金扣款	戶名(簽名)：_____	身分證號：_____	人數 共_____人
	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。			