南山人壽

104 年至 106 年「闔家安康」公教員工團體意外保險投保計畫

單位:新台幣／元

保障內容／投保對象		現職員工	員工之配偶	員工之子女	員工(含配偶)之父母
團體意外傷害保險		300 萬	300 萬	100 萬	200 萬
團體特定燒燙傷保險金附加條款		105 萬	105 萬	35 萬	70 萬
團體航空意外傷害保險金附加條款		300 萬	300 萬	100 萬	200 萬
團體意外傷害一至六級傷殘補償保險金附加條款		殘廢保險金 1%X100 個月	殘廢保險金 1%X100 個月	殘廢保險金 1%X100 個月	殘廢保險金 1%X100 個月
團體意外傷害保險特定意外雙倍給付批註條款		300 萬	300 萬	100 萬	200 萬
團體意外傷害醫療保險附約(實支實付型)	門診擇一給付	3 萬	3 萬	2 萬	1 萬
團體意外傷害門診日額津貼附加條款		300 元	300 元	200 元	100 元
意外傷害醫療日額給付保險附約(同一次事故，住院天數最高 365 天)	住院日額	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元
	住加護病房或燒燙傷中心	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元
	骨折未住院	依南山人壽團體意外傷害醫療日額給付保險附約第十三條給付			
團體傷害保險住院醫療給付附加條款	意外傷害住院前後門診保險金(住院前 7 天出院後 7 天)	500 元	500 元	500 元	500 元
	意外傷害住院手術保險金(依手術比例給付，1 倍~80 倍)	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元
年繳保費		1,140 元/人	1,140 元/人	588 元/人	864 元/人

〈註〉上表各項保險金的給付內容，請參考南山人壽「行政院闔家安康團保專區」的「保單條款」。

(本專案承保對象限意外險職業分類等級第 1 到第 4 職級人員，免健康聲明，免體檢)

壹、說明：

一、相關保障內容與保險金額請詳閱上表。

貳、投保計畫期間：自 104 年 4 月 1 日零時起至 106 年 3 月 31 日 24 時止(註：保費為每年年繳)

叁、被保險人資格：

一、投保對象：中央及地方各機關、公私立學校及公營事業機構編制內現職員工（含各機關派駐海外人員、依「聘用人員聘用條例」及「行政院暨所屬機關約僱人員僱用辦法」進用之約、聘僱人員，不含留職停薪人員）及其配偶、父母、子女，以意外險職業分類第1 至4 職級人員為範圍。

二、現職員工本人需加保，眷屬始可附加。現職員工一旦不符被保險人資格者需辦理退保，眷屬亦需同時間退保（被保險人於保險生效後一旦申請退保，同一保單年度不再受理重新加保申請，於下一保單年度始能再申請加保）。

肆、年齡限制：

一、現職員工及配偶投保年齡上限為 70 歲，續保可至 80 歲，父母親(含配偶之父母）投保年齡上限為 80 歲。

二、現職員工之子女及繼子女，投保年齡為自出生起至 30 歲止。

接續背面

1040401B 版

伍、加退保作業：

一、加保作業：

填寫【團險加入表】表格，每月 12 日前可經由以下方式加保

（一）104 年 04 月 01 日開放年度加保申請，第一批加保申請截止日為 104 年 05 月 12 日，並於保險公司同意承保後，以 104 年 04 月 01 日為生效日(限 104 年 3 月 31 日前到職者)。請於截止日前填妥加入表後寄送至南山人壽團險客戶服務處。**但 104 年 3 月 31 日止仍在保原保誠人壽保險股份有限公司承作之「闔家安康」公教員工團體意外保險者，如於 104 年 6 月 12 日前加保並提供同年 3 月 31 日在保證明資料，則投保年齡可續保至 80 歲，且保險效力接續自 104 年 4 月 1 日起生效，發生之事故得依本保險規定申請理賠。**

（二）加入表文件可以直接郵寄寄達 **(40878 台中市五權西路 2 段 100 號 8 樓 南山人壽中區團險客服科收)**，或聯絡本公司服務專員(詳下表各縣市服務專員聯絡表)，服務專員將儘速安排專案服務人員至被保險人現職機關收件、審視被保險人身分及填寫文件完整度、收取保費及提供相關服務。

（三）若有投保資料不齊需補辦事項，應於當月 25 日前補辦完成，經核保通過後，自次月一日正式生效；若未能於期限內完成加保，則延至再次月生效。

二、退保作業：

（一）被保險人於保險年度屆滿時，可自行填寫【團險加入表】表格提出不續保/退保申請。

（二）被保險人於保險生效後一旦申請退保，同一保單年度不再受理重新加保申請，於下一保單年度始能再申請加保。

三、異動作業：

被保險人於保險期間內，可自行填寫【團險加入表】表格提出異動申請，包含身份資料變更/受益人變更/機關單位變更等。

陸、其他規定：

一、若本人與眷屬同為全國各級機關、公私立學校及公營事業機構編制內現職員工，僅得選擇一種身份參加，不得互以眷屬身份重複加保，每位員工、眷屬限投保一份。

二、本專案承保對象限意外險職業分類第 1 至 4 職級人員，若有不實職級說明，本公司將解除契約，發生事故後亦同。若於保險年度中職業等級變動為非第 1 至 4 職級人員，則需提出變更退保，南山人壽將退還未到期保費。（職業等級依南山人壽職業分類表列為主）

三、被保險人信用卡扣款時間：生效月當月 5 日、20 日進行扣款；如扣款不成功，保險公司將發照會通知單，由服務代表通知被保險人進行補正資料，如於第二次扣款失敗者，其保單自始不生效力。

四、加保之被保險人（含眷屬）於投保時已知懷孕者，如已懷孕 28 週以上者，本公司暫不予承保；但自生產後第 31 天起可提出申請加保。

五、本保險之保險效力將持續至該期保險費之保險年度屆滿時為止。

六、被保險人若為外籍人士，需提供居留證與護照影本。

七、以上事宜若有疑義時，以要保單位與保險公司訂定之保單條款為依據。

柒、服務專線及服務專員聯絡電話：

一、免付費服務專線: 0800-020-090

二、服務專員聯絡表請至 **南山人壽官網 http://www.nanshanlife.com.tw\其他專區\行政院闔家安康團保專區**

捌、南山人壽「行政院闔家安康團保專區」服務項目：

一、投保計劃說明下載

二、加入表及填寫範例下載

三、保單條款下載

四、國際支援服務

五、保險金申請書及填寫範例下載

南山人壽

104 年至 106 年「闔家安康」公教員工團體意外保險『團險加入表』

注意：1. 本表為初次加保時填寫，凡新加保者（不論是員工本人或眷屬），均應填寫現職員資料，以利歸戶核對。員工本人申請投保且經核保通過受理者，始受理其眷屬之投保申請。2. 生效日期：請詳閱保險年度中保障生效日對應保費表。

員工姓名：_____ 身分證字號：_____ 到職日**(必填)**:_____

服務機關名稱：_____ 部門(單位)名稱：_____

聯絡電話**(必填)**：_____ 分機:_____ 行動電話**(必填)**：_____ E-Mail：_____

郵遞區號**(必填)**:□□□聯絡地址**(必填)**：_____

被保險人明細：**◎書寫資料若有塗改，請在塗改旁簽名(被保險人簽名)，以免退件。**

加保	退保	變更	身份別	被保險人親簽(請以正楷填寫)		工作職稱及內容	身分證字號	出生日期	身故受益人(限家屬或法定繼承人)如未填寫視同同意依保單約定(依民法給付順位)	
									姓　名	關係
			員工							
			配偶							
			子女		未滿 20 歲子女之法定代理人(父或母親)親簽 _____					
			子女							
			子女							
			本人父母							
			本人父母							
			配偶父母							
			配偶父母							

◎被保險人已確實瞭解投保險種、保險金額及保險費符合投保目的及與實際需求相當。

◎被保險人已確認本表所提供之相關資料正確無誤(含受益人之指定)。

◎本人□ 同意 □ 不同意南山人壽得利用本人提供之資料提供保險商品資訊。

員工本人親簽(必填)_____ 申請日期**(必填)**：_____年_____月_____日

約定及注意事項:

*本人（被保險人）同意加保南山人壽本保險內容，並同意本申請書之信用卡授權人代為繳交應繳付之保險費。

*未滿七歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名；以上簽名於續保時仍有效。

*本人(被保險人、要保人)同意南山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。

*本人(被保險人、要保人)同意南山人壽將本申請書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，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（被保險人）同意南山人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。

*南山人壽將會依「保險業招攬及核保理賠辦法」等相關規定，對被保險人進行財務核保暨訪視、抽樣電訪、抽樣體檢等作業。

*南山人壽對於本保單之上述被保險人保有最終承保與否之決定權。

*本保險商品皆為團體一年定期保險，續保須經南山人壽與要保單位議定，南山人壽不保證續保。

擇一提供行政院所屬機關學校現職員工身分證明文件（浮貼於此欄）

□ **公務人員識別證影本** □ **約聘書影本**

□ **一年（含以內）在職證明書影本** □ **其他證明為公教人員身分文件**

繳費方式：採年繳保費。(應繳保費請詳閱保險年度中保障生效日對應保費表)

接續背面必填

1040401B 版

南山人壽

轉帳授權書：本人授權自保單生效日起，由本人之下列信用卡帳戶扣除本人及加保眷屬之保險費並支付南山人壽保險股份有限公司，本人將遵守信用卡合約書之規定。如因授權書內容填寫錯誤，或其他原因致發卡銀行無法代扣保險費，本授權書之效力即行終止，唯其情形得以補正，不在此限。本授權書未記載事項，係依一般銀行慣例及相關法令辦理。

授權人(持卡人) ***限員工本人或被保險人之一*** 姓名/身分證字號	姓名:_____ 身分證字號: _____	信用卡別	□Visa □Master □JCB 1.恕不受理美國運通卡 2.信用卡繳費無折扣
信用卡卡號	□□□□-□□□□-□□□□-□□□□		
信用卡有效期限	至　　月　　年(西元)		
授權人(持卡人)簽名 *本授權人同意繳交之金額為所有被保險人之總保險費	(此簽名樣式應同信用卡簽名)	簽署日期	

※本自費保險採信用卡扣款，於五日及二十日扣款，倘連續扣款二次不成功，則保險不生效力。

1. 信用卡僅有效期間更新而卡號不變時，本轉帳授權仍然有效，但授權人應將更新之效期以書面通知本公司修改，若未接獲通知南山人壽得自動延展有效期限並進行扣款，以維護保單效力。
2. 本公司將於扣款月當月 5 日、20 日進行扣款一次，遇假日提前扣款；若 2 次扣款失敗則保險自始不生效力。

【保險年度中保障生效日對應保費表】

申請日	104/04/12前申請	104/05/12前申請	104/06/12前申請	104/07/12前申請	104/08/12前申請	104/09/12前申請	104/10/12前申請	104/11/12前申請	104/12/12前申請	105/01/12前申請	105/02/12前申請
生效日	104/05/01	104/06/01	104/07/01	104/08/01	104/09/01	104/10/01	104/11/01	104/12/01	105/01/01	105/02/01	105/03/01
員工/配偶	1,045	950	855	760	665	570	475	380	285	190	95
子女	539	490	441	392	343	294	245	196	147	98	49
父母	792	720	648	576	504	432	360	288	216	144	72

備註：若保障非 104/04/01 生效者，按上表收取非整年保費

提醒您，請於簽署完成後，再次確認上述各欄位資料皆已填妥且正確無誤，如有問題請與服務人員聯絡，謝謝您。

團保服務人員：_____ Agent code：_____ 所屬分公司：_____ 通訊處：_____

電話：_____ 服務人員 E-mail：_____ 機關代碼：_____

104 年至 106 年「闔家安康」公教員工團體意外保險蒐集、處理及利用個人資料告知書

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

南山人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法（以下稱個資法）第八條第一項規定，向　台端告知下列事項，請　台端詳閱：

一、蒐集之目的：

(一)〇〇一人身保險

(二)一八一其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別：

(一)姓名。

(二)身分證統一編號。

(三)地址。

(四)加保文件等其他基於保險契約所提供之個人資料。

三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式：

(一)期間：本公司因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。

(二)對象：本公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、台灣票據交換所、依法有調查權機關或金融監理機關。

(三)地區：上述對象所在之地區。

(四)方式：合於法令規定之利用方式。

四、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有　台端之個人資料得行使之權利及方式：

(一)得向本公司行使之權利：

1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
2. 向本公司請求補充或更正。
3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二)行使權利之方式：書面。

五、台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供　台端相關服務。

1040401B 版

南山人壽

104 年至 106 年「闔家安康」公教員工團體意外保險『團險加入表』

注意：1. 本表為初次加保時填寫，凡新加保者（不論是員工本人或眷屬），均應填寫現職員資料，以利歸戶核對。員工本人申請投保且經核保通過受理者，始受理其眷屬之投保申請。2. 生效日期：請詳閱保險年度中保障生效日對應保費表。

員工姓名：童小雨　身分證字號：A200234567　到職日(必填)：100 / 04 / 01

服務機關名稱：南山中學　部門(單位)名稱：輔導處

聯絡電話(必填)：02-24681357分機：131　行動電話(必填)：0912555666　E-Mail：rain.tung@nanshan.com

郵遞區號(必填)：110 聯絡地址(必填)：台北市信義區莊敬路168號1樓

被保險人明細：◎書寫資料若有塗改，請在塗改旁簽名(被保險人簽名)，以免退件。

加保	退保	變更	身份別	被保險人親簽(請以正楷填寫)	工作職稱及內容	身分證字號	出生日期	身故受益人(限家屬或法定繼承人)如未填寫視同同意依保單約定(依民法給付順位) 姓名	關係
✓			員工	童小雨	教師/教學	A200234567	65/01/01	王大林	配偶
✓			配偶	王大林	郵差/外勤	A100345678	59/03/05	童小雨	配偶
✓			子女	王翰 未滿20歲子女之法定代理人(父或母親)親簽	學生	A100520520	95/01/20		
✓			子女	王佳 童小雨	學生	A200168168	98/02/05		
			子女						
✓			本人父母	童正	負責人/店面經營	A100456123	45/01/10	童小雨	父女
			本人父母						
			配偶父母						
			配偶父母						

◎被保險人已確實瞭解投保險種、保險金額及保險費符合投保目的及與實際需求相當。

◎被保險人已確認本表所提供之相關資料正確無誤(含受益人之指定)。

◎本人☐ 同意 ☐ 不同意南山人壽得利用本人提供之資料提供保險商品資訊。

員工本人親簽(必填) 童小雨　申請日期(必填)：104 年 04 月 01 日

約定及注意事項:

*本人（被保險人）同意加保南山人壽本保險內容，並同意本申請書之信用卡授權人代為繳交應繳付之保險費。

*未滿七歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名；以上簽名於續保時仍有效。

*本人(被保險人、要保人)同意南山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。

*本人(被保險人、要保人)同意南山人壽將本申請書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，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（被保險人）同意南山人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。

*南山人壽將會依「保險業招攬及核保理賠辦法」等相關規定，對被保險人進行財務核保暨訪視、抽樣電訪、抽樣體檢等作業。

*南山人壽對於本保單之上述被保險人保有最終承保與否之決定權。

*本保險商品皆為團體一年定期保險，續保須經南山人壽與要保單位議定，南山人壽不保證續保。

擇一提供行政院所屬機關學校現職員工身分證明文件（浮貼於此欄）

☐ 公務人員識別證影本　☑ 約聘書影本

☐ 一年（含以內）在職證明書影本　☐ 其他證明為公教人員身分文件

接續背面必填

1040401B 版

南山人壽

繳費方式：採年繳保費。(應繳保費請詳閱保險年度中保障生效日對應保費表)

轉帳授權書：本人授權自保單生效日起，由本人之下列信用卡帳戶扣除本人及加保眷屬之保險費並支付南山人壽保險股份有限公司，本人將遵守信用卡合約書之規定。如因授權書內容填寫錯誤，或其他原因致發卡銀行無法代扣保險費，本授權書之效力即行終止，唯其情形得以補正，不在此限。本授權書未記載事項，係依一般銀行慣例及相關法令辦理。

授權人(持卡人) ***限員工本人或被保險人之一*** 姓名/身分證字號	姓名：童小雨 身分證字號：A200234567	信用卡別	☑Visa ☐Master ☐JCB 1.恕不受理美國運通卡 2.信用卡繳費無折扣
信用卡卡號	1234-5678-9012-3456		
信用卡有效期限	至 12 月 2018 年(西元)		
授權人(持卡人)簽名 *本授權人同意繳交之金額為所有被保險人之總保險費	(此簽名樣式應同信用卡簽名) 童小雨	簽署日期	104.04.01

※本自費保險採信用卡扣款，於五日及二十日扣款，倘連續扣款二次不成功，則保險不生效力。

1. 信用卡僅有效期間更新而卡號不變時，本轉帳授權仍然有效，但授權人應將更新之效期以書面通知本公司修改，若未接獲通知南山人壽得自動延展有效期限並進行扣款，以維護保單效力。
2. 本公司將於扣款月當月 5 日、20 日進行扣款一次，遇假日提前扣款；若 2 次扣款失敗則保險自始不生效力。

【保險年度中保障生效日對應保費表】

申請日	104/04/12 前申請	104/05/12 前申請	104/06/12 前申請	104/07/12 前申請	104/08/12 前申請	104/09/12 前申請	104/10/12 前申請	104/11/12 前申請	104/12/12 前申請	105/01/12 前申請	105/02/12 前申請
生效日	104/05/01	104/06/01	104/07/01	104/08/01	104/09/01	104/10/01	104/11/01	104/12/01	105/01/01	105/02/01	105/03/01
員工/配偶	1,045	950	855	760	665	570	475	380	285	190	95
子女	539	490	441	392	343	294	245	196	147	98	49
父母	792	720	648	576	504	432	360	288	216	144	72

備註：若保障非 104/04/01 生效者，按上表收取非整年保費

提醒您，請於簽署完成後，再次確認上述各欄位資料皆已填妥且正確無誤，如有問題請與服務人員聯絡，謝謝您。

團保服務人員：_____ **Agent code：**_____ **所屬分公司：**_____ **通訊處：**_____

電話：_____ **服務人員 E-mail：**_____ **機關代碼：**_____

1040401B 版