

全國私立學校產業工會自費團體保險

一、投保計劃與保費：

險種		計劃一
壽險(BTL)		100 萬
重大疾病(BDD)		10 萬
意外險(EPA)		300 萬
重大燒燙傷(ABN)		100 萬
意外傷害實支(MT)		3 萬
意外住院日額(MI)		1000/日
住院醫療險 (BHL)	住院	1000/日
	門診	500/次
	加護病房	1000/日
	手術	2 萬(最高 300%)
癌症險 (CT+NCT)	身故	25 萬
	住院	2000/日
	門診	500/日
	手術	3 萬
	療養保險金	1000/日
參加資格	本人、配偶、子女	
新投保年齡	15 歲-65 歲、子女 15 歲~23 歲	
續保年齡	65 歲、子女 23 歲	
年繳保費		\$3,960

二、注意事項：

*被保險人實支實付傷害醫療險(MT)最多投保 3 張，於被保險人投保後經公會系統查詢，如經確認超過法令投保規定數量，將自動扣除 MT 費用，其他內容同原計畫別內容自動轉為計劃 2，年繳保費\$3,705/年。

1. 本專案需檢附工作證明，一律採年繳，限信用卡繳費，投保年度未滿一年者，按年度天數比例收取保費，實際收取費用依實際加保時本公司核保計算之金額收取費用。
2. 申請加入本專案者需填寫專案加入表及健康告知書。
3. 本人與眷屬(限配偶及子女，不含父母)同為符合參加資格者，僅得則一身分加保。本人需投保後，眷屬始得附加，且眷屬保額不得高於本人保額。
4. 本專案限職業等級 1~4 類人員投保。
5. 台端於每一保險期間內得隨時以書面經要保單位向本公司提出加、退保申請，被保險人於每月 15 日前提出申請，加退保自提出書面申請後次月一日生效。
6. 經本公司承保且扣款成功者，本公司將提供保險證。

三、其他

1. 被保險人於投保時已知懷孕者，不受理加保。
2. 被保險人職業變動時應，應通知保險公司。
3. 上述內容僅提供參考，詳細內容請參閱保單條款之規定，保誠人壽保留調整及最終承保與否權利。

被保險人簽名：