

**台灣電力工會****| 福利快訊 | 敬請公告及傳閱**

發行日期:108 年 3 月 21 日 文號:108 電工福字第 0183 號 連絡人:福利處 工會電話:(02)2396-2555 轉 209

傳真:(02)2351-2282 微波:(92)22898

**台灣電力工會**

## 華南產物 FOR 台電工會

### 會員團體傷害險專案(月繳 80 元)

300 萬意外保險金+一萬實支實付意外醫療  
(可副本)+100 萬大眾運輸工具保險金+50 萬  
重大燒燙傷保險金+1000 元意外住院日額  
(配偶、子女、父母、配偶父母可自費加保)

『華南產物保險台電工會團體傷害險 88 專案』，經工會積極爭取後，**108 年度調為 80 方案**。除會員保費降為每月 80 元外，部份保障額度再增加(詳如下附表)，且增加配偶父母加保。歡迎多加比較，踴躍參加。自助人助！

| 給付項目 / 保險金額(單位:新台幣 / 元) |                         | 計畫一          | 計畫二                 | 計畫三          |
|-------------------------|-------------------------|--------------|---------------------|--------------|
|                         |                         | 會員本人、配偶      | 會員及配偶之父母、子女 15 足歲以上 | 會員子女 15 足歲以下 |
| 1.                      | 一般意外身故保險金               | 300 萬        | 100 萬               | -            |
| 2.                      | 一般意外失能保險金(5%-100%)      | 300 萬        | 100 萬               | 100 萬        |
| 3.                      | 搭乘大眾運輸工具意外身故失能保險金(增額給付) | 50 萬提高→100 萬 | 50 萬提高→100 萬        | 50 萬提高→100 萬 |
| 4.                      | 重大燒燙傷比例保險金(15%-100%)    | 30 萬提高→50 萬  | 30 萬提高→50 萬         | 30 萬提高→50 萬  |
| 5.                      | 傷害醫療實支實付保險金(收據副本可申請)    | 1 萬          | 1 萬                 | 1 萬          |
| 6.                      | 傷害醫療住院日額保險金(最高 90 日)    | 1000 元       | 1000 元              | 1000 元       |
| 月繳保費/人                  |                         | 88 元調降→80 元  | 45 元                | 45 元         |

最優惠的保費，給自己與家人一份安心的保障。  
謝謝大家對工會的支持！

一、被保險人：台灣電力工會

二、保險期間：108年5月1日零時起至109年5月1日零時止

三、承保範圍：

| 給付項目/保險金額(單位：新臺幣/元)        | 計畫一     | 計畫二                       | 計畫三            |
|----------------------------|---------|---------------------------|----------------|
|                            | 會員本人、配偶 | 會員及配偶之<br>父母、子女15足<br>歲以上 | 會員子女<br>15足歲以下 |
| 1. 一般意外身故保險金               | 300萬    | 100萬                      | -              |
| 2. 一般意外失能保險金(5%-100%)      | 300萬    | 100萬                      | 100萬           |
| 3. 搭乘大眾運輸工具意外身故失能保險金(增額給付) | 100萬    | 100萬                      | 100萬           |
| 4. 重大燒燙傷比例保險金(15%-100%)    | 50萬     | 50萬                       | 50萬            |
| 5. 傷害醫療實支實付保險金(收據副本可申請)    | 1萬      | 1萬                        | 1萬             |
| 6. 傷害醫療住院日額保險金(最高90日)      | 1,000   | 1,000                     | 1,000          |
| 月繳保費/人                     | 80元     | 45元                       | 45元            |

四、注意事項：

- 承保對象：台灣電力工會會員及其眷屬，會員必須投保，眷屬方可投保(詳細請參閱說明書)。
- 配偶、會員本人父母、會員配偶父母新續保年齡最高可至80足歲，  
子女承保年齡為出生滿一個月且正常出院至23足歲，在學未婚者可延至25足歲(請提供在學證明)。
- 除會員本人外，投保人員職業以第1-4類為限，第5-6類不予承保(職業類別之認定依本公司核保  
準則為認定標準，本公司保留審核職業類別是否接受投保之權利)。
- 有下列疾病或體況者須填寫「健康告知聲明書」，待送審核保通過後始得承保，續保者可免填：  
 (一) 高血壓(指收縮壓140mmHG，舒張壓90 mmHG以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟  
 病、主動脈血管瘤、腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外表無法明顯判斷  
 者)、精神病、巴金森氏症、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病、酒精或藥  
 物濫用成癮、眩暈症、視網膜出血或剝離、視神經病變。  
 (二) 失明、一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表0.3以下、聾、單耳聽力喪失程度在  
 五十分貝(dB)以上、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害、四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。  
 (三) 領有身心障礙手冊或身心障礙證明。
- 保費採月繳，每月20日前提供投保人員之名冊，華南保險收到後於次月1日生效。
- 每月出具保險異動名冊，提供每位被保險人「保險證」。

地址：110 台北市信義區基隆路一段176號3樓 電話：(02)2756-2200 傳真：(02)2756-2891

行政窗口：陳宜琳(#3986)、鍾嫻樺(#3962)

## 台灣電力工會

(參加表)

## 會員及眷屬自費參加團體保險計畫申請書暨說明書

分會用印處

會員資料：

|           |  |         |  |
|-----------|--|---------|--|
| 會員姓名      |  | 分會別     |  |
| 員工編號及電子信箱 |  | 會員手機號碼  |  |
| 通訊地址      |  | 公司電話及分機 |  |

被保險人資料及參加計畫別：

(會員本人同意參加本計畫並授權總會自本人薪資中按月扣抵保費，保障內容及保費依總會公告為主。)

| 與會員<br>關係 | 被保險人親簽<br>(請字跡清晰) | 身分證字號 | 出生日期<br>(民國年/月/日) | 工作內容<br>(含兼業) | 計畫別 | 受益人姓名 | 與被保險<br>人關係 | 法定代理人<br>簽名 |
|-----------|-------------------|-------|-------------------|---------------|-----|-------|-------------|-------------|
| 本人        |                   |       |                   |               | 計畫一 |       |             |             |
| 配偶        |                   |       |                   |               | 計畫一 |       |             |             |
| 子女(一)     |                   |       |                   |               | 計畫  |       |             | 民國20年 月 日   |
| 子女(二)     |                   |       |                   |               | 計畫  |       |             | 民國20年 月 日   |
| 子女(三)     |                   |       |                   |               | 計畫  |       |             | 民國20年 月 日   |
| 父親        |                   |       |                   |               | 計畫二 |       |             |             |
| 母親        |                   |       |                   |               | 計畫二 |       |             |             |
| 配偶父親      |                   |       |                   |               | 計畫二 |       |             |             |
| 配偶母親      |                   |       |                   |               | 計畫二 |       |             |             |
|           |                   |       |                   |               | 計畫  |       |             | 民國20年 月 日   |

1. 受益人限直系親屬，若無指定時受益人為法定繼承人之順序。未滿15足歲失能及醫療保險金之受益人為被保險人本人。

2. 受益人指定二人以上，除特別指定比例或順位給付方式外，由該項保險金之所有受益人平均分配。

3. 被保險人親簽：未滿7足歲者由法定代為親簽，7足歲(含)以上者由本人親簽。被保險人未滿20足歲者，需其法定代理人簽名。

※身故保險金受益人如係分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式作為日後身故保險金受益人之通知依據。

(受益人姓名/連絡電話/連絡地址：

投保規定說明：

- 承保對象為台灣電力工會會員及其眷屬，會員必須投保，眷屬方可投保。因離職、退休等喪失被保險人資格時，請填寫不繼續參加表，其保險效力維持至該月保險費屆滿為止(眷屬保險效力同會員)。會員需符合會員資格，眷屬僅包含會員之配偶、子女、父母、配偶父母。每一被保險人不得重複投保本專案。
- 配偶、父母、配偶父母新續保年齡最高可至80足歲；子女承保年齡為出生滿一個月且正常出院至23足歲，在學未婚者可延至25足歲(請提供在學證明)。
- 投保時請檢附本申請書(以"戶"為單位)；如領有身心障礙手冊，請檢附正、反面影本(請說明機能障礙部位及造成原因)。
- 工作內容請明確說明，盡力避免含糊之名詞。自由業仍需詳述其工作內容，同時有兩種或兩種以上之職業(含兼業)者，應以較危險之工作內容來評估職業等級。除會員本人外，投保人員職業以第1-4類為限，第5-6類不予承保(職業類別之認定依本公司核保準則為認定標準，本公司保留審核職業類別是否接受投保之權利。)
- 滿15足歲之子女限投保計畫二；未滿15足歲之子女限投保計畫三(不含身故保險金)。
- 本申請書若有塗改請被保險人於塗改處簽名確認，未加保者勿填寫以免被扣款。

# 台灣電力工會

## 被保險人健康告知聲明書

【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。

| 項次                                                                                                                                                                                                                                                             | 一                                                                                                                                                                                                                        | 二                                                                                                                                                                                                           | 三                                                                                   | 四                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 傷害保險                                                                                                                                                                                                                                                           | 過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？<br>A.高血壓（指收縮壓140mmHG、舒張壓90 mmHG以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。<br>B.腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙（外表無法明顯判斷者）、精神病、巴金森氏症。<br>C.癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。<br>D.糖尿病。<br>E.酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。<br>F.視網膜出血或剝離、視神經病變。 | 被保險人目前身體機能是否有下列障害？<br>A.失明。<br>B.是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表0.三以下。<br>C.聾。<br>D.是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。<br>E.啞。<br>F.咀嚼、吞嚥或言語機能障害。<br>G.四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。 | 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？                                                              | 被保險人目前是否受有監護宣告？                                                     |
| 姓名 1                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，請說明：                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，請說明：                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，請提供相關證明影本，並請說明機能障礙部位及造成原因： | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，請提供相關證明文件。 |
| 姓名 2                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，請說明：                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，請說明：                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，請提供相關證明影本，並請說明機能障礙部位及造成原因： | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，請提供相關證明文件。 |
| 姓名 3                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，請說明：                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，請說明：                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，請提供相關證明影本，並請說明機能障礙部位及造成原因： | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，請提供相關證明文件。 |
| 【被保險人聲明事項】：（一）本人（被保險人）同意華南保險得蒐集、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）同意華南保險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。（三）本人（被保險人、要保人）同意華南保險就本人之個人資料，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。 |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                     |
| 請簽名                                                                                                                                                                                                                                                            | 被保險人 1：                                                                                                                                                                                                                  | 被保險人 2：                                                                                                                                                                                                     | 被保險人 3：                                                                             |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 法定代理人：                                                                                                                                                                                                                   | 法定代理人：                                                                                                                                                                                                      | 法定代理人：                                                                              |                                                                     |
| (未滿7足歲者由法定代理人代為簽名，7足歲(含)以上者由本人親自簽名。未滿20足歲者，需其法定代理人簽名。)                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                     |