

# 牙橋團保—您最佳的選擇

作者◆葛安州

## 牙醫師專屬・全國唯一・十大福利

### ◎福利一：全國首創團保癌症險

台灣每一小時就有5人罹患癌症，每4人中就有1人因癌症病故。沒有癌症險的保險已經落伍了，牙橋給您真正需要的保險，完全的保障，最高保額200萬，讓您無後顧之憂。

### ◎福利二：保費最低

同額度同類型保險，保費只有一般壽險的5%～20%（依年齡不同），為一般團保的50%，全聯會版的90%，保費為全國最低。

| 保費比較          |                      | 個人投保（以35歲男性為例） | 牙橋學會投保     |
|---------------|----------------------|----------------|------------|
| 定期壽險（保額300萬元） |                      | 16,560元        | 1,950元     |
| 意外保險（保額500萬元） |                      | 6,000元         | 1,750元     |
| 癌症保險（保額200萬元） |                      | 4,220元         | 1,260元     |
| 每人保費（年繳）      |                      | 26,780元        | 4,960元     |
| 附註：（以A計劃為例）   |                      |                |            |
| 癌症險保障內容       | 癌症身故保險金              | 200萬           | 200萬       |
|               | 癌症住院津貼               | 8,000元/日       | 8,000元/日   |
|               | 癌症出院療養金<br>（限前次住院日數） |                | 4,000元/日   |
|               | 癌症門診醫療金              | 4,000元/日       | 4,000元/日   |
|               | 癌症手術津貼               | 120,000元/次     | 120,000元/次 |

### ◎福利三：保障最高

依據85年健保統計資料，癌症住院平均每次20日，平均2.5次。若癌症身故，全聯會版可領500萬，牙橋版可領500萬+(8000+4000+4000)\*20\*2.5+12萬\*2.5=610萬。保障較全聯會版多了一百多萬。

#### ◎福利四：本人投保，全家優惠（含診所員工）

- 優惠對象：牙醫師本人、配偶、子女、父母及診所員工。
- 每位會員一張保險証及保險手冊。

#### ◎福利五：投保年齡最高，保障範圍最廣

- 被保險人出生滿15日以上皆可投保，不限年齡。

#### ◎福利六：不分國內、外，任何時間、地點皆有保障

#### ◎福利七：投保作業簡便，理賠迅速

- 一律免體檢，僅於加保單所詢問之告知事項，詳盡告知。
- 採單一窗口作業，最迅速理賠。

#### ◎福利八：保費固定不變，不隨年齡調整

- 自加保生效後，每年均可享有固定保費優惠。

#### ◎福利九：全國最優惠條款

- 第一級殘廢增列：牙醫師本人一手姆指缺失或機能永久完全喪失者。
- 第二級殘廢增列：牙醫師本人一手食指或中指缺失或機能永久完全喪失者。
- 以上兩項僅限牙醫師本人。

| 條款內容                | 基本條款      | 優惠條款        |
|---------------------|-----------|-------------|
| 一手姆指缺失或機能永久完全喪失者    | 給付意外保額 5% | 給付意外保額 100% |
| 一手食指或中指缺失或機能永久完全喪失者 | 給付意外保額 5% | 給付意外保額 75%  |

- 因戰爭、內亂、武裝變亂致成身故或殘廢時，本公司以定期險意外險合併計算保額，但合計以貳佰萬為限。依殘廢程度給付時亦同。
- 因意外引起細菌感染亦可給付。
- 罹患 AIDS 因而身故或一級殘廢時壽險亦可給付。

#### ◎福利十：紅利全額回饋

如同全聯會，保費的2%為學會的事務費。牙橋學會將此2%全額回饋給會員，凡您全家或診所保費每滿5000元，即贈送2%-100元之演講抵用券，可於「健保大補帖」系列演講，「Implant研習班」及參加日後演講抵用。既有保險又可聽演講，一舉兩得豈不快哉！

保險額度雖然因人而異，但合理的保額應為所有貸款總金額加上五年的生活費、教育費以及您認為最充裕的子女成長基金。牙橋學會給您一個補充您保險不足的機會，而且是絕無僅有，全國最便宜的機會。辛苦事我們作，好康的您來撿，錯過這一次，您只有等下輩子了。

## 加保時應注意事項

### 一、加保生效日：

- 10月31日以前加保者，保險效力經核保通過後，86年11月1日上午零時生效。
- 10月31日以後加保者，保險效力經核保通過後，自加保次月1日上午零時生效。
- 範例：1. 張三於86.10.10加保，其保險效力自86年11月1日上午零時生效。  
2. 李四於86.11.20加保，其保險效力自86年12月1日上午零時生效。

### 二、被保人健康告知：

◎請依保險法第六十四條：〔誠信告知，以免影響保險權益〕

◎告知欄填寫說明：

#### 1. 填寫舉例：

設甲診所牙醫師本人、配偶、子女、父母、診所員工均投保，其中1人(或以上)患高血壓(或其它慢性病)，請於告知欄〔是〕打〔✓〕；若均無病歷，請於告知欄〔否〕打〔✓〕。

#### 2. 被保人其中1人(或以上)有病歷史，請於告知欄空白處填寫：

- a. 被保人姓名
- b. 病名、發病或受傷年月日
- c. 治療期間、治療經過及醫院名稱

#### 3. 若有告知欄空白處不夠填寫，請將補充資料黏貼於告知欄處即可。

◎若有重大疾病請勿加保。

◎加保人經本公司審核通過後追溯自生效日生效。

### 三、下列情形不追溯既往症：

◎無論有、無病歷史，自生效日起滿二年均不追溯既往症。

P S · 牙橋學會擁有6年簽約權。

◎有、無病歷史，經誠信告知合保險第64條規定，本公司審核通過，未滿二年亦不追溯既往症。

### 四、下列情形要追溯既往症：

◎會員、配偶、子女、父母及診所員工自行追加投保，自生效日起未滿二年。

◎有病歷史，未誠信告知，自加保生效日起二年內追溯既往症。

### 五、投保等級說明：含會員本人、配偶、子女、父母、診所員工。

◎被保人年齡滿14～65歲，可自由選擇A、B、C、D、E五種等級任一種。

◎被保人年齡滿66～70歲，可自由選擇B、C、D、E四種等級任一種。

◎被保人年齡滿71～75歲，可自由選擇C、D、E三種等級任一種。

◎被保人年齡滿76～80歲，可自由選擇D、E二種等級任一種。

◎被保人年齡滿80歲以上或14歲以下(出生滿15日)，只能選擇E等級。

## 六、加保人員基本資料、保等級、受益人、保費合計請詳細填寫。

1. 投保等級選定後，本公司得就被保人誠信告知事項審核，其結果有：
  - a. 投保通過
  - b. 降級投保（本公司會附加說明）
  - c. 暫緩承保、退還保費（本公司會附加說明）
2. 審核範例參考：
  - a. 高血壓病歷：被保人年齡約 50 歲（收縮壓 150mmHG，舒張壓 110mmHG），選擇投保 A 級，經本公司醫生審核年齡、性別、有無先天性……等因素。  
可能結果：(1)審核通過(2)降級投保(3)至本公司各地特約醫師複檢(4)暫緩承保。
  - b. 一般慢性病：可選擇各適齡投保。
  - c. 糖尿病病歷：本公司依被保人血糖值、年齡、性別……等因素審核。

## 七、劃撥通知單填寫說明：

- ◎請於劃撥單背面〔通訊欄〕處填寫所有被保人姓名、投保等級、總保費即可，並與加保名冊內被保人、投保人、投保等級、總保費一致。劃撥單正面請註明（牙橋團保）
- ◎劃撥後請記得索取保留劃撥存款收據聯，以為加保憑証。本公司另於一定期間內寄回保費收據證明、保險卡、保險手冊。

## 八、加保單請會員本人於簽章處簽章即可。（會員眷屬及診所員工免簽章）

## 九、加保諮詢電話：

| 服務人員      | 電話                             | 傳真       |
|-----------|--------------------------------|----------|
| 霍嘉伶       | 541-0192、739-3132 代號 6588(呼叫器) | 541-0233 |
| 慶豐人壽慶亮通訊處 | 南京東路二段 98 號 7 樓之 2             |          |

## 十、劃撥帳號：00038386

戶 名：慶豐人壽保險股份有限公司

## 十一、投保程序

1. 填寫加保單。
2. 郵局劃撥繳款，通訊欄填寫請參考說明七。
3. 劃撥收據影本及加保單郵寄至南京東路二段 98 號 7 樓之 2 慶豐人壽慶亮通訊處收。
4. 信封正面註明牙橋團保。

# 牙橋學會會員團體保險加入表

◆慶豐人壽

◎承保公司：慶豐人壽保險股份有限公司

◎保險契約期間：自民國八十六年十一月一日起壹年，期滿雙方無異議之表示，視為續約。

◎參加資格：牙橋學會之會員、配偶、子女及父母及會員診所所僱用之員工。

◎保障計劃、保費及投保年齡：

| 保險計劃                  | A           | B          | C          | D          | E                    | 生效日        |
|-----------------------|-------------|------------|------------|------------|----------------------|------------|
| 定期壽險保                 | 300 萬       | 100 萬      | 50 萬       | —          | —                    |            |
| 意外險保額                 | 500 萬       | 200 萬      | 100 萬      | 50 萬       | 100 萬                |            |
| 癌症險保險                 | 200 萬       | 100 萬      | 50 萬       | 50 萬       | —                    |            |
| 癌症身故保險金               | 200 萬       | 100 萬      | 50 萬       | 60 萬       | —                    |            |
| 癌症住院津貼                | 8,000 元/日   | 4,000 元/日  | 2,000 元/日  | 2,000 元/日  | —                    |            |
| 癌症出院療養金<br>(限前次住院日數)  | 4,000 元/日   | 2,000 元/日  | 1,000 元/日  | 1,000 元/日  | —                    |            |
| 癌症門診醫療金<br>(全年限 70 次) | 4,000 元/日   | 2,000 元/日  | 1,000 元/日  | 1,000 元/日  |                      | 86年11月1日0時 |
| 癌症手術津貼                | 120,000 元/次 | 60,000 元/次 | 30,000 元/次 | 30,000 元/次 | —                    |            |
| 十月份加保                 | 4,960 元     | 1,980 元    | 990 元      | 490 元      | 350 元                |            |
| 十一月份加保                | 4,547 元     | 1,815 元    | 908 元      | 449 元      | 321 元                |            |
| 十二月份加保                | 4,133 元     | 1,650 元    | 825 元      | 408 元      | 292 元                |            |
| 投保年齡限制                | 14 ~ 65 歲   | 14 ~ 70 歲  | 14 ~ 75 歲  | 14 ~ 80 歲  | 出生滿 15 日以上<br>(不限年齡) | 87年1月1日0時  |

◎保險受理日之生效日：每月 20 日為最後受理日，經本公司核保通過後，得自次月 1 日為生效日，若為當月 21 日至月底前送件加保者，經本公司核保通過後，得自再次月 1 日為生效日。

◎本項福利需經本公司核保通過後，才得以生效。

◎會員加保後，其眷屬及員工才得以加保。

87873107 52101P2

◎被保險人基本資料（會員姓名： 電話： 地址： ）

| 對象 | 姓 名 | 出生年月日<br>身分證字號 | 職 業 | 投保<br>等級 | 費 用 | 受益人 | 與被保險<br>人關係 |
|----|-----|----------------|-----|----------|-----|-----|-------------|
| 本人 |     |                |     |          |     |     |             |
| 配偶 |     |                |     |          |     |     |             |
| 子女 |     |                |     |          |     |     |             |
| 子女 |     |                |     |          |     |     |             |
| 子女 |     |                |     |          |     |     |             |
| 父  |     |                |     |          |     |     |             |
| 母  |     |                |     |          |     |     |             |
| 員工 |     |                |     |          |     |     |             |
| 員工 |     |                |     |          |     |     |             |
| 員工 |     |                |     |          |     |     |             |
| 員工 |     |                |     |          |     |     |             |
| 員工 |     |                |     |          |     |     |             |
|    |     |                |     |          | 合 計 |     |             |

◎被保險人健康聲明書：

| 聲 明 事 項                                                                                                                                                   | 是                        | 否                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 一、過去兩年內是否曾因受健康檢查異常情形而被醫師建議檢查或治療？                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 二、過去五年內是否曾因受傷，或生病，或住院治療七日以上？                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 三、過去五年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療或用藥？<br>高血壓症（指收縮壓140mmHG／舒張壓90mmHG以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤、視網膜剝離或出血、視神經病變、腦中風、腦瘤、智能障礙、精神病、癲間、尿病、愛滋病或愛滋帶原、癌症（惡性腫瘤）。肝硬化、尿毒症、血友病。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 四、目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障礙？                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 以上各欄如圈選（是）者，請將病名、發病或受傷年月日、治療期間、治療經過及醫院名稱詳記此欄：                                                                                                             |                          |                          |

要保人簽章\_\_\_\_\_

被保險人簽章\_\_\_\_\_

申請日期 年 月 日