

【罕見疾病基金會慈善微型保險同意書】

親愛的罕病朋友，您好：

由於健康的因素，罕見疾病的朋友們往往被一般商業保險視為具有較高風險而拒絕承保。本會秉持著「病友找不到的保險，我們幫他們找到」的信念，於 2012 年推出罕見疾病基金會慈善微型保險方案，替大家統一納保，**保費由本會全額補助**，希望能使病友們有多一層的保障。

- ∞ 對象：本會服務之罕病病友（僅針對病友，不含家屬；未加入者可隨時免費加入）
- ∞ 保險公司：泰安產物保險公司
- ∞ 保險內容：
 1. **意外**身故保險給付
 2. **意外**殘廢保險給付
 3. 未滿 15 足歲僅保**意外殘廢**
- ∞ 保費：**免費**（由本會全額補助）
- ∞ 受益人：被保險人或法定繼承人
- ∞ 保險期間：
 1. 新申請者於每月 25 日前將同意書送達本會者，於次月開始保險。
 2. **每年自動續保者**，至本方案結束、被保險人主動退保、或保險資格消失為止。
- ∞ 保險金額：30 萬
- ∞ 投保方式：

請將下方之同意書回傳或郵寄回本會並來電確認，謝謝（一位病友需填一張同意書）。

地址：104 台北市中山區長春路 20 號 6F（罕見疾病基金會 研究企劃組 收）

電話：02-2521-0717 轉 121，研究企劃組伍專員；傳真：**02-2567-3560**。

微型保險投保同意書

本人 被保險人 同意由罕見疾病基金會投保泰安產物保險公司之微型團體傷害保險，保費由罕見疾病基金會全額補助，並同意由罕見疾病基金會每年自動辦理續保。本人已充分瞭解保險之內容，特立此同意書，以茲證明。

病友編號	請見信封上之編號，新入會或不知者毋需填寫				
生日	年	月	日	身分證字號	
聯絡電話					
郵寄地址	郵遞區號()				
*代理人			病友簽名/代理人簽名		
代理人 身分證字號			代理人與病友之關係		

*病友未滿 20 歲或無法自行填寫時，請由代理人填寫，才需填寫粗框內資料。

⊕保單成立後，將郵寄保險證及保險理賠相關資料。