**【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. **意外失能保險給付；**
2. **意外身故保險給付；**
3. **未滿15足歲意外失能保險給付及意外身故喪葬費用。**
* **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）。**請注意：未滿15足歲者，需同時簽立投保聲明書。**

地址：104台北市中山區長春路20號6F （罕見疾病基金會 病患服務組收）

電話：02-2521-0717病患服務組**；**傳真：**02-2567-3560**。



**微型保險同意書**

|  |
| --- |
| **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，或由本會填寫 |
| **生日** | **民國 年 月 日** | **身分證字號** |  |
| **連絡電話** |  |
| **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** |  |
| 1. **病友未滿20歲或無法自行填寫時，請由代理人填寫並完整填寫粗框內資料。**
2. **未滿15歲者，請同時簽立投保聲明書如後，並檢附本同意書，一起回傳本會。**

**3、保單成立後，將郵寄保險證及保險理賠相關資料。** |