# 『愛護您』教育部公務人員協會團體保險自費投保專案 加入表

11301 版

投保注意事項：

本表為初次加保時填寫，凡新加保者（不論是員工本人或眷屬），均應填寫現職員工資料，以利歸戶核對。員工本人申請投保且經核保通過受理者，始受理其眷屬之投保申請。

每月 20 日截止收件；加入表及健康聲明書與信用卡授權書等表格，於每月 22 日送達保誠人壽公司。資料不齊者，請協助於次月 10 日前補件，補件完成並經保誠人壽核保後，自次月一日正式生效，若未能於期限內完成加保手續者，則本次不受理請重新送件。

**保單號碼：**_____ （保誠人壽填寫）

**※ 被保險人基本資料：【 無論是否初次為眷屬加保，請載明現職員工基本資料 】**

| 身份 | 被保險人簽名 | 計畫別 | 出生日期 | 身分證字號 | 投保重要事項確認 | 未成年人/受監護宣告法定代理人簽名 | 身故受益人 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ■ 協會會員 | 張麗麗 | 1 | 55/01/01 | A221122333 | 完成投保權益確認■是□否<br>續保約定■同意 □ 不同意 | ／ | ■法定繼承人<br>□指定受益人 姓名_____<br>與被保險人關係_____<br>聯絡電話_____國籍_____<br>身分證號_____出生日期_____ |
| □教育部暨所屬機關學校現職員工 | | | | | 完成投保權益確認□是□否<br>續保約定□同意 □ 不同意 | ／ | □法定繼承人<br>□指定受益人 姓名_____<br>與被保險人關係_____<br>聯絡電話_____國籍_____<br>身分證號_____出生日期_____ |
| 配偶 | 黃小明 | 2 | 54/02/02 | F123456789 | 完成投保權益確認■是□否<br>續保約定■同意 □ 不同意 | ／ | ■法定繼承人<br>□指定受益人 姓名_____<br>與被保險人關係_____<br>聯絡電話_____國籍_____<br>身分證號_____出生日期_____ |
| 子女 | 黃美美 | 3 | 83/03/03 | F223456789 | 完成投保權益確認■是□否<br>續保約定■同意 □ 不同意 | ／ | ■法定繼承人<br>□指定受益人 姓名_____<br>與被保險人關係_____<br>聯絡電話_____國籍_____<br>身分證號_____出生日期_____ |
| 子女 | | | | | 完成投保權益確認□是□否<br>續保約定□同意 □ 不同意 | ／ | □法定繼承人<br>□指定受益人 姓名_____<br>與被保險人關係_____<br>聯絡電話_____國籍_____<br>身分證號_____出生日期_____ |
| 子女 | | | | | 完成投保權益確認□是□否<br>續保約定□同意 □ 不同意 | ／ | □法定繼承人<br>□指定受益人 姓名_____<br>與被保險人關係_____<br>聯絡電話_____國籍_____<br>身分證號_____出生日期_____ |

計劃一 / 二 / 三保障內容：TL 100 萬/ PA100 萬/ MT 2 萬/ AHT 8 單位/ CT 1 單位/ NCT 2 單位、計劃四保障內容：AHT 8 單位/ CT 1 單位/ NCT 2 單位

* 若夫妻同為現職員工，均請以被保險人身份加保，勿再以家屬身份投保（子女請擇一加保），保險利益不得重覆理賠。
* 續保約定被保險人勾選不同意或未勾選，或因主被保險人未續保時，本保險契約於期間屆滿時自動終止。
* 保費繳費方式一律為月繳採信用卡付款。
* 於簽訂投保時，業已提供投保權益確認及個資處理及利用個人資料告知內容、保險費未繳交之催告通知相關說明供被保險人審閱。
* 未成年者，請由本人(於被保險人欄位)及法定代理人(於被保險人欄位)親簽；被保險人投保時如有受監護宣告須請法定代理人(於法定代理人欄位)親簽。
* 身故保險金受益人如係指定法定繼承人或為其他身分別之指定及如有要保人或被保險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。如同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，請另行造冊。

身故受益人如採指定個別家屬時，依金融機構防制洗錢辦法要求需提供受益人姓名、身分證號(外籍人員請提供居留證統一證號或護照號碼)、出生日期與國籍等基本資料。

服務機關/單位：台大商學院 / 職稱：行政人員

單位電話：(02)1234-5678 分機：123 住家電話：(02)2345-6789 行動電話：0912345678

通訊地址：(郵遞區號：106 ) 台北市大安區羅斯福路四段 1 號

**協會戳章：**（蓋章處）

服務機關承辦人章：

簽收日期：

**教育部暨所屬機關學校現職員工身分證明文件（浮貼於此欄）**

□ 機關學校識別證影本 □ 一年（含以上）約聘書影本
□ 在職證明書影本 □ 其他證明為教育部暨所屬機關學校現職員工之影本
□ 教育部公務人員協會會員證影本

**★要保單位聲明**

投保之被保險人身分確為本要保單位所屬成員，且本要保單位已向全體被保險人告知前述保險契約內容，包括但不限於保險期間、保險金額等事項。

■教育部暨所屬機關或學校現職員工

姓名：姓名：張麗麗　　單位：台大商學院

□協會會員

姓名：＿＿＿＿＿＿　　會員編號：＿＿＿＿＿＿

**轉帳授權書：**本人授權自保單生效日起，由本人之下列信用卡帳戶扣除本人及加保眷屬之保險費並支付保誠人壽保險股份有限公司，本人將遵守信用卡合約書之規定。如因授權書內容填寫錯誤，或其他原因致發卡銀行無法代扣保險費，本授權書之效力即行終止，唯其情形得以補正，不在此限。本授權書未記載事項，係依一般銀行慣例及相關法令辦理。

■ 首期保費/續期保費

申請日期：民國 111 年 1 月 4 日

| | | |
|---|---|---|
| 信用卡卡別：■ VISA □ MASTER □ JCB □聯合信用卡 | 發卡機構：　　銀行 | |
| 用卡卡號： 1234 - 5678 - 9012 - 3456 | 信用卡有限期限：至 5 月 2017 年（西元） | |
| 持卡人姓名：張麗麗 | 出生日期： 59 年 1 月 1 日 | |
| 持卡人身分證號碼：A221122333 | 持卡人電話： | |
| 持卡人地址：（110）臺北市信義區松智路一號 1 樓 | | |
| 持卡人身分：■ 被保險人　□ 要保人<br>□ 被保險人法定代理人　□ 受益人 | | |
| 授權人簽署<br>與信用卡簽名形式相同 | 合約編號 / 保單號碼 | 被保險人簽署 |
| 張麗麗 | 3001012996 | 張麗麗 |

1. 信用卡僅有效期間更新而卡號不變時，本轉帳授權仍然有效，但授權人應將更新之效期以書面通知本公司修改，若未接獲通知保誠人壽得自動延展有效期限並進行扣款，以維護保單效力。

2. 本公司將於扣款月當月 1 日、11 日、21 日進行扣款，遇假日提前扣款；若 3 次扣款失敗保險效力自應扣款日(當月 1 日)起終止。

愛護您加保作業

填寫【愛護您教育部公務人員協會團體保險自費投保專案 加入表】與『愛護您』教育部公務人員協會團體保險自費投保專案信用卡授權書，每月 22 日前可經由以下方式加保。

直接郵寄寄達（40757 台中市西屯區台灣大道三段 658 號 14 樓 保誠人壽保單文件作業單位）。