教育部公務人員協會自費團體保險_被保險人重要事項告知

★投保權益確認

保誠人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依『保險業招攬及核保理賠辦法』及『保險業招攬及核保作業控管自律規範』規定， 需請 台端確認下列事項以鑑別保險商品適合度並維護投保權益：

一、投保時確實為教育部公務人員協會員工、會員或其眷屬。

二、確實瞭解所繳交保險費係用以購買保險商品且在經濟能力可負擔範圍內。

三、充分瞭解投保之內容（包含投保險種、保險金額及保險費支出）皆為實際需要並與 台端職業、收入具有相當性。

四、投保累積保額達一定額度以上需提供最近一年家庭年收入(包含工作收入、投資收益、租金收入等)及配合生存調查，以作為本公司鑑別 台端商品適合度及完成核保程序。

★蒐集、處理及利用個人資料告知

保誠人壽保險股份有限公司(下稱本公司)與要保人訂定團體/旅行平安保險契約，依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向　台端告知下列事項，請　台端詳閱：

一、蒐集之目的：

(一) ００一 人身保險

(二) 一八一 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別：

姓名、身分證統一編號(或護照號碼或居留證號碼)、出生年月日、住家電話、行動電話、住所通訊地址、戶籍地址、e-mail、年齡、性別、國籍、財務資料、病歷、醫療、健康檢查及其他依執行業務所需蒐集之個人資料。

三、個人資料之來源：

(一)要保人或被保險人

(二)當事人之法定代理人、輔助人

(三)各醫療院所

(四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：

(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。

(二)對象：本(分)公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。

(三)地區：上述對象所在之地區。

(四)方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：

(一)得向本公司行使之權利：

1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。

2.向本公司請求補充或更正。

3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二)行使權利之方式：相關申請表單可洽客服專線0809-0809-68或海外諮詢暨申訴專線+800-0809-6868，並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供　台端相關服務或給付。

★保險費未繳交之催告通知

因應「保險法」第 116 條規定，並為維護被保險人之權益，請於投保時提供員工/會員本人(眷屬同員工/會員本人)之聯絡資料予本公司，俾於保險費屆期未繳付時暨送催告通知。如未能提供員工/會員本人(眷屬同員工/會員本人)聯絡資料者，本公司將以要保人填寫於要保書所載地址(住所)最為會員本人及眷屬之聯絡方式。

★續保約定同意

按本公司與教育部公務人員協會員工、會員及其眷屬自費團體保險之專案期間自民國112年12月31日至113年12月31日止，每一保險期間為一年，但在前述保險期間屆滿前經本公司與教育部公務人員協會雙方議定續保條件，如台端同意按該團體保險之同一保障計劃繼續續保者，請簽署此同意書，以利辦理續保作業。但台端於每一保險期間內得隨時以書面經要保單位向本公司提出退保申請，於每月20日前申請，則退保自提出書面申請後次月一日生效。

『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： 3001012996 （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	計劃	工作內容	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						完成投保權益確認□是□否 續保約定□同意 □ 不同意	／	□法定繼承人 □指定受益人 姓名_____ 與被保險人關係_____ 聯絡電話_____國籍_____ 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 續保約定□同意 □ 不同意	／	□法定繼承人 □指定受益人 姓名_____ 與被保險人關係_____ 聯絡電話_____國籍_____ 身分證號_____出生日期_____
配偶						完成投保權益確認□是□否 續保約定□同意 □ 不同意	／	□法定繼承人 □指定受益人 姓名_____ 與被保險人關係_____ 聯絡電話_____國籍_____ 身分證號_____出生日期_____
子女						完成投保權益確認□是□否 續保約定□同意 □ 不同意	／	□法定繼承人 □指定受益人 姓名_____ 與被保險人關係_____ 聯絡電話_____國籍_____ 身分證號_____出生日期_____
子女						完成投保權益確認□是□否 續保約定□同意 □ 不同意	／	□法定繼承人 □指定受益人 姓名_____ 與被保險人關係_____ 聯絡電話_____國籍_____ 身分證號_____出生日期_____
子女						完成投保權益確認□是□否 續保約定□同意 □ 不同意	／	□法定繼承人 □指定受益人 姓名_____ 與被保險人關係_____ 聯絡電話_____國籍_____ 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 2 單位/ NCT 2 單位、計劃四保障內容：AHT 8 單位/ CT 2 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：_____ / _____ 職稱：_____

單位電話：_____ 分機：_____ 住家電話：_____ 行動電話：_____

通訊暨保費催告暨送地址：(郵遞區號：_____) _____

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。

『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

☐教育部暨所屬機關或學校現職員工

姓名：_____　　單位：_____

☐協會會員

姓名：_____　　會員編號：_____

申請日期：民國　　年　　月　　日　☐首/續期保費　保單號碼/要保流水編號： 3001012996

信用卡卡別: ☐ VISA ☐ MASTER ☐ JCB ☐ 聯合信用卡	發卡機構：　　銀行
信用卡卡號: ____ — ____ — ____	信用卡有限期限:至　　月　　年(西元)
持卡人姓名：_____	出生日期：　　年　　月　　日
持卡人身分證號碼：_____	持卡人電話：
持卡人地址：_____	
授權人簽署(與信用卡簽名形式相同)	持卡人身分為： ☐ 被保險人本人 ☐ 被保險人法定代理人 ☐ 受益人

備註：

1.立授權書人同意以上開信用卡繳付保誠人壽保險股份有限公司之保險費，並依照信用卡使用約定付款予發卡機構。

2.本項交易若未獲發卡機構 / 聯合信用卡處理中心核准，則本付款授權書即失效力，保誠人壽得重新收費。

3.信用卡僅有效期間更新而卡號不變時，授權人應將更新之效期以書面通知本公司修改，以維護保單效力。

4.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** 保誠人壽新契約團險案件處理）。