

新光人壽保險股份有限公司
中華民國全國公務人員協會自費團體保險投保資料表

機密等級:機密

要保單位：中華民國全國公務人員協會
保單號碼：3000139231 保險證號：
要保單位核印：精聯代號：保障生效日期：112.10 版修訂

◎投保計劃與保費：類別() 全戶新加保、() 眷屬新加保

團體定期險		給付內容		團體意外險		給付內容		團體意外險		給付內容	
疾病或意外身故		100萬		意外身故		300萬		意外傷害日額		2仟	
加保資料	被保險人姓名	出生年月日	身分證字號	國籍	職業類別	受益人		關係	年繳保費		
						受益人身分證字號					
成員(員工)						生日：				3,000元	
配偶						生日：				3,000元	
子女						生日：				3,000元	
子女						生日：				3,000元	
子女						生日：				3,000元	

◎投保須知：保險費一律採年繳，限以員工本人所持有信用卡繳納保險費。投保第一年度，未滿一年者，按月數比例收取保費。如113年4月1日投保生效者，每月保費250元 x 本年度投保月份9 = 每人本年度保費2,250元。

- 參加資格：凡正式成員(員工)及其配偶(配偶指經戶籍登記之合法配偶)、子女均可參加。員工及配偶投保年齡最高65歲，可續保至70歲，子女投保年齡係滿15歲至23歲。除外對象：軍人、約聘人員、退休人員、除外銷售單位。
正式成員(員工)投保後調離非屬公務人員協會所屬機關，或於投保後脫離協會而不具正式成員(員工)資格者，則不再屬於本專案之投保對象，已投保新光人壽各團體保險專案且仍具效力者，不得參加本專案。
- 加保：請填寫投保資料表、健康聲明書，指定受益人請填「團體保險身故保險金受益人指定暨變更申請書」，指定受益人如不同意填寫聯絡地址及電話，則以員工最後所留之聯絡方式，作為日後通知依據。
被保險人同時具有多重身份時，僅得選擇一種身分參加，如夫妻同為正式成員(員工)，不得互以眷屬身份重複投保。
販賣機構：精聯保險經紀人股份有限公司 連絡地址：臺北市大同區長安西路88號7樓 客戶服務電話：0800586000
加保作業時間：每月15日前辦理，若有補辦事項於當月25日前完成者，保障生效日期為完成審核日之次月1日生效。
新光人壽保險股份有限公司對被保險人所應負之責任，經新光人壽同意受理並扣款成功時，始生效力。
- 保險證：請款成功後，本公司提供保險證給精聯保經，由精聯保經寄至會員本人。
- 續保：每逢本團體保險契約期滿前，提供保戶續保通知函件。保戶請以此函件回覆辦理續、退保手續。
為保障保戶權益，凡未回覆之保戶一律以同意續保之選項辦理。
- 退保：續保當年度當會員及其眷屬，達本合約內各險種之最高投保年齡時，本公司即辦理該被保險人之退保作業。
當會員本人保障終止時，其全戶眷屬保障亦同時終止。
退保作業時間：退保生效日期為本公司收件日之次月1日生效，未到期保費按月數退還。
- 本契約的保險期間為一年每年保險期間屆滿前，本公司將視保單狀況重新評估調整，經要保單位與保險公司雙方同意續保後即生效。
- 扣款不成功通知，皆以主被保險人(員工)於投保資料所填寫之地址為發送依據，主被保險人的住所有變更時，應即以書面通知精聯保險經紀人股份有限公司。主被保險人不做前項通知者，本公司之通知，得以主被保險人所留之最後住所發送之。

◎聲明事項：(1)本人同意新光人壽保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
(2)本人同意新光人壽保險公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
(3)本人同意新光人壽保險公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

成員(員工)簽名：_____ 配偶簽名：_____ 法代簽名：_____

子女簽名：_____ 子女簽名：_____ 子女簽名：_____

成員(員工)地址：□□□□_____

聯絡電話：() _____ 行動電話：_____ E-MAIL: _____

成員(員工)本人同意事項：
1. 成員(員工)本人同意以本人所持有經過授權之信用卡扣繳本保險之保費。
2. 成員(員工)本人所提供之信用卡因停卡、信用額度不足等因素，致新光人壽無法扣款時，經相當期間催告後仍未給付，則本投保不生效力。
3. 續年度信用卡扣款時，若授權之信用卡有效期間已過，成員(員工)本人應配合重填信用卡授權書，以使扣款成功。
立授權書人成員(員工)本人同意授權以下列信用卡繳納被保險人之保險費。
授權之信用卡資料

卡別： VISA Master Card JCB 聯合信用卡 立授權書人(持卡人)簽名：(須與信用卡簽名相同)

信用卡有效期限：西元_____年_____月止

卡號：_____

此致 新光人壽保險股份有限公司 申請日期：中華民國_____年_____月_____日