

# 中華民國全國公務人員協會自費團體保險加入表

**投保注意事項：**

1. 初次加保請填寫本加入表及健康聲明書與信用卡授權書。
2. 本人與眷屬(限配偶及15-23歲子女)同為符合投保資格者僅得擇一身分加保，並請填寫在同一張加入表。
3. 本人需投保後，眷屬始得附加。
4. 眷屬投保均請填寫本人資料，以利歸戶核對。 ← **眷屬投保本人請務必填**
5. 申請投保經核保審查及扣款成功後，始生保險效力並核發保險證。
6. 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加退保申請，被保險人於每月15日前提出申請，加退保自提出書面申請後次月一日生效。

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，請載明本人基本資料】

請務必勾選及填寫  
受益人

身份	選項	被保險人 簽名	計劃 別	出生日期 年/月/日	身分證字號	投保重要事項確認	法定 代理 人簽 名	身故受益人
本人	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	王OO	計劃 1	68/01/01	A111111111	完成投保權益確認 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 續保約定 <input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 受益人聯絡電話 _____ 姓名 _____ 與被保險人關係 _____ 身分證號 _____ 出生日期 _____ 國籍 _____
配偶	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更		計劃 1			完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 受益人聯絡電話 _____ 姓名 _____ 與被保險人關係 _____ 身分證號 _____ 出生日期 _____ 國籍 _____
子女 15-23 歲	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更		計劃 1			完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 受益人聯絡電話 _____ 姓名 _____ 與被保險人關係 _____ 身分證號 _____ 出生日期 _____ 國籍 _____

子女投保，法代請簽名

- ◎ 未滿二十足歲者，請由本人(於被保險人欄位)及法定代理人(於法定代理人欄位)親自簽名;被保險人投保時如有受監護宣告需請法定代理人簽名。
- ◎ 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。
- ◎ 保誠人壽依個人資料保護法而為蒐集、處理或利用您的個人資料，若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，本公司將無法承保。
- ◎ 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供被保險人審閱。
- ◎ 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。
- ◎ 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，同意如下表會員之聯絡方式。

服務機關： 0000      單位： 0000      身分證號： A111111111

單位電話： 02-12345678      分機： 111      住家電話： 02-123456789      行動電話： 0911111111

通訊地址：(郵遞區號： 111 )      台北市000000000號0樓

(為避免影響保戶權益，以上資料請務必填寫清楚，以利通知)

此處請填寫被保險人聯絡資料

**★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。

<p><b>要保單位章</b></p> <div style="border: 1px solid red; width: 80px; height: 40px; margin: 10px auto; text-align: center; color: red;">要保單位章</div>	<p>簽收日期： 109.08.01</p>
---	------------------------

※以上事宜若有疑義者，以要保單位與本保險公司所簽訂之團體保險契約所載全部事項及保單條款為依據。