

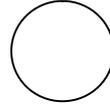
## 苗栗縣政府自費團體被保險人加保資料表

被保險人所屬機關用印：

員工姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_

機關名稱：\_\_\_\_\_ 機關代碼：

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|



※身故受益人為法定繼承人(勾選此項則下表受益人資料不需填寫)

| 參加人員資料 | 姓名    | 出生年月日    | 身分證字號    | 國籍    | 是否受監護宣告(請勾選)<br>勾選是者，請提供相關證明文件                        | 法定代理人/監護人簽名及關係 | 團體傷害保險   |
|--------|-------|----------|----------|-------|---|----------------|--|
| 本人     |       |          |          |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                | <input type="checkbox"/> 500 萬<br><input type="checkbox"/> 300 萬<br><input type="checkbox"/> 200 萬<br><input type="checkbox"/> 100 萬 |
| 身故受益人  | 受益人姓名 | 受益人出生年月日 | 受益人身分證字號 | 受益人國籍 | 聯絡地址/聯絡電話   | 受益人與被保險人關係     |  |
| 配偶     |       |          |          |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                | <input type="checkbox"/> 200 萬<br><input type="checkbox"/> 100 萬   |
| 身故受益人  | 受益人姓名 | 受益人出生年月日 | 受益人身分證字號 | 受益人國籍 | 聯絡地址/聯絡電話   | 受益人與被保險人關係     |  |
| 子女     |       |          |          |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                | <input type="checkbox"/> 200 萬<br><input type="checkbox"/> 100 萬   |
| 身故受益人  | 受益人姓名 | 受益人出生年月日 | 受益人身分證字號 | 受益人國籍 | 聯絡地址/聯絡電話   | 受益人與被保險人關係     |  |
| 子女     |       |          |          |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                | <input type="checkbox"/> 200 萬<br><input type="checkbox"/> 100 萬   |
| 身故受益人  | 受益人姓名 | 受益人出生年月日 | 受益人身分證字號 | 受益人國籍 | 聯絡地址/聯絡電話   | 受益人與被保險人關係     |  |
| 子女     |       |          |          |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                | <input type="checkbox"/> 200 萬<br><input type="checkbox"/> 100 萬   |
| 身故受益人  | 受益人姓名 | 受益人出生年月日 | 受益人身分證字號 | 受益人國籍 | 聯絡地址/聯絡電話   | 受益人與被保險人關係     |  |

| 身故保額              | 500 萬  | 300 萬  | 200 萬  | 100 萬  |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|
| 團體意外傷害保險附約(實支實付型) | 2 萬    |        |        |        |
| 團體傷害住院日額保險        | 1000 元 |        |        |        |
| 本期保費              | 2850 元 | 1950 元 | 1500 元 | 1050 元 |

### 被保險人同意聲明書

- 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。
- 本人同意新光人壽保險公司將本要保書上所载本人資料轉送產、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。
- 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。

主被保險人 (員工本人) 簽名：\_\_\_\_\_ 配偶簽名：\_\_\_\_\_

子女簽名：\_\_\_\_\_ 子女簽名：\_\_\_\_\_

子女簽名：\_\_\_\_\_ 填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

※有關新光人壽與苗栗縣政府就本團體意外保險自費專案，係以每年04月30日為年度續保日。

※投保作業說明：

一、投保資格：

1. 要保人所屬員工及其配偶；以70足歲以下者為限（續保可至80足歲）。
2. 要保人所屬員工之子女；子女以15足歲以上未滿23足歲者為限。
3. 員工本人已投保者，眷屬始可加保。
4. 眷屬投保金額不得高於員工本人，同時具備員工及眷屬二種身份者，僅能選擇以一種身份投保。
5. 員工投保後調離非屬本機關，則不再屬於本專案之投保對象，惟保障可至該員保費到期日。

二、各項異動：

被保險人於投保期間內申請異動作業者，定於每年4月30日至5月15日受理；前所稱異動者，指被保險人因機關間異動、其他異動(如出生年月日、身分證字號、受益人變更等)而言。

三、投保期間：

1. 投保期間為自核保通過生效日起至本公司與苗栗縣政府所訂契約上所載投保期間之終期，契約期滿前本公司與台苗栗縣政府得再討論續約事宜。
2. 投保後調離苗栗縣政府所屬機關，或於投保後離職而不具有苗栗縣政府員工資格者，則不再屬於本專案之投保對象，惟保障可至該員工保費到期日止。
3. 加保本險後申請退休仍可繼續續保至80足歲。惟中途如停止繳費則恕不再受理加保申請。
4. 投保後於年度內不得辦理解約退費。加退保、保額變更、解約，須於次年度續約前一個月內(04月01日~04月30日止)辦理，以便續年度保費之扣繳。

四、保費收取：

1. 本團體保險之保險費，一律採年繳，若以信用卡繳費者應使用主被保險人所持有信用卡繳費之方式繳納保險費。本公司對被保險人所應負之責任，自主被保險人完成申請手續，經本公司完成承保作業且列名投保清單並完成信用卡扣款轉帳時，始生效力。
2. 主被保險人若信用卡無法扣繳保費成功，經掛號通知後仍未能如期扣繳時，則本公司將予以退保。
3. 被保險人之續年度保費，經新光人壽與要保單位約定後，被保人同意由新光人壽直接予以調整。
4. 次年度續約時，若主被保險人未表示不再續約者，視為繼續續約。

五、通訊資料：(請填寫完整)

主被保險人地址：

電子郵件：

連絡電話：

手機號碼：

六、扣款資料

主被保險人同意事項：  
(聲明)

1. 主被保險人同意以經過授權之信用卡扣繳本團體保險之保費。
2. 主被保險人所提供之信用卡因停卡、信用額度不足...等因素，致新光人壽保險股份有限公司無法從信用卡扣繳保費，則該項投保不生效力。

立授權書人(主被保險人)同意授權以下列信用卡繳納上項被保險人之保費

授權之信用卡資料(卡號)： \_\_\_\_\_

信用卡有效期限：西元年月止

信用卡卡別： VISA  Master Card  JCB

立授權書人(持卡人)簽名(與信用卡簽名相同)： \_\_\_\_\_

持卡人身份字號： \_\_\_\_\_

此 致 新光人壽保險股份有限公司

授權日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

傳真電話：(02) 2375 8818

回傳電話： \_\_\_\_\_

聯絡電話： \_\_\_\_\_