

中華民國全國公務人員協會自費團體保險投保資料表

108 年 12 月版修訂

要保單位：中華民國全國公務人員協會

要保單位核印：

保單號碼：3000139231

保單證號：

保障生效日期：

精聯代號：

◎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	受 益 人		關 係	每月保費	年繳保費		
					受 益 人 身 分 證 字 號						
成員(員工)		/ /						250 元	3,000 元		
配偶		/ /						250 元	3,000 元		
子女		/ /						250 元	3,000 元		
子女		/ /						250 元	3,000 元		
子女		/ /						250 元	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 109 年 4 月 1 日投保生效者，每月保費 250 元 × 本年度投保月份 9 = 每人本年度保費 2,250 元。

1. 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 足歲，子女投保年齡係滿 15 足歲至 23 足歲。除外對象：軍人、約聘人員、退休人員不得參加投保，而正式成員(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。

2. 加保：請填寫投保資料表、健康聲明書及如指定受益人請填(橫式)員工自費團體保險被保險人異動資料表，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

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。

3. 保險證：請款成功後，提供保戶保險證。

4. 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的選項辦理。

5. 退保：員工退休、配偶投保後離婚者，請保戶通知新光人壽，辦理退保保障計算至繳費當年度到期日止。

當員工本人續保時年齡逾 70 足歲，或已申領死亡理賠金，或已退休，其全戶眷屬保障亦同時終止。

續保當年度員工及其眷屬，達本合約內各險種之最高投保年齡時，新光人壽即辦理該被保險人之退保作業。

6. 本契約的保險期間為一年，每年保險期間屆滿前，保險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。

7. 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。

成員(員工)簽名：\_\_\_\_\_ 配偶簽名：\_\_\_\_\_

子 女 簽 名：\_\_\_\_\_ 子女簽名：\_\_\_\_\_ 子女簽名：\_\_\_\_\_

成員(員工)地址：□□□\_\_\_\_\_

聯絡電話：(H)( ) \_\_\_\_\_ (O)( ) \_\_\_\_\_ 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限已過，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