

# 新竹市政府

## 自費團體意外保險被保險人投保資料表

員工姓名：\_\_\_\_\_ 身分證號碼：\_\_\_\_\_

機關名稱：\_\_\_\_\_ 機關代碼：\_\_\_\_\_

A 頁

參加人員資料	姓名	出生年月日	身分證號碼	職位	工作內容	團體傷害保險	團體意外傷害保險附約 (實支實付型)	團體傷害住院日額保險
本人 <small>(主被保險人)</small>						<input type="checkbox"/> 1000 萬 <input type="checkbox"/> 500 萬 <input type="checkbox"/> 300 萬 <input type="checkbox"/> 200 萬 <input type="checkbox"/> 100 萬	3 萬元	2,000 元
	身故保險金 受益人	受益人姓名	身分證號碼	關係	聯絡地址 / 聯絡電話			
配偶						<input type="checkbox"/> 500 萬 <input type="checkbox"/> 300 萬 <input type="checkbox"/> 200 萬 <input type="checkbox"/> 100 萬	2 萬元	1,000 元
	身故保險金 受益人	受益人姓名	身分證號碼	關係	聯絡地址 / 聯絡電話			
子女 (一)						<input type="checkbox"/> 300 萬 <input type="checkbox"/> 200 萬 <input type="checkbox"/> 100 萬	2 萬元	1,000 元
	身故保險金 受益人	受益人姓名	身分證號碼	關係	聯絡地址 / 聯絡電話			
子女 (二)						<input type="checkbox"/> 300 萬 <input type="checkbox"/> 200 萬 <input type="checkbox"/> 100 萬	2 萬元	1,000 元
	身故保險金 受益人	受益人姓名	身分證號碼	關係	聯絡地址 / 聯絡電話			
子女 (三)						<input type="checkbox"/> 300 萬 <input type="checkbox"/> 200 萬 <input type="checkbox"/> 100 萬	2 萬元	1,000 元
	身故保險金 受益人	受益人姓名	身分證號碼	關係	聯絡地址 / 聯絡電話			
父親						<input type="checkbox"/> 300 萬 <input type="checkbox"/> 200 萬 <input type="checkbox"/> 100 萬	2 萬元	1,000 元
	身故保險金 受益人	受益人姓名	身分證號碼	關係	聯絡地址 / 聯絡電話			
母親						<input type="checkbox"/> 300 萬 <input type="checkbox"/> 200 萬 <input type="checkbox"/> 100 萬	2 萬元	1,000 元
	身故保險金 受益人	受益人姓名	身分證號碼	關係	聯絡地址 / 聯絡電話			

※保險費：團體傷害保險每 100 萬元保額 (含附約保費)：年保費 420 元

※身故保險金以外之其他保險金受益人，為被保險人本人，請詳閱條款說明。

※指定受益人如不同意填寫聯絡地址及電話，則以主被保險人最後所留之聯絡方式，作為日後通知依據。

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

子女(一)簽名：\_\_\_\_\_ 子女(二)簽名：\_\_\_\_\_

子女(三)簽名：\_\_\_\_\_ 法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

員工父親簽名：\_\_\_\_\_ 員工母親簽名：\_\_\_\_\_

 與主被保  
險人關係：\_\_\_\_\_

主被保險人地址：□□□

市 區市 里 鄰 路

縣 鄉鎮 村 街 段 巷 號 樓之( )室

聯絡電話：(H)( ) \_\_\_\_\_ (O)( ) \_\_\_\_\_ 行動電話：\_\_\_\_\_

被保險人所屬機關核印：

傳真電話：(02) 2375 8818

回傳電話：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

《請續接 B 頁》

※有關新光人壽與新竹市政府就本團體意外保險自費專案，係以每年 07 月 15 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、父母；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；子女及父母投保亦同。
- 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、投保限額：

	新 光 人 壽 團 體 傷 害 保 險	團體傷害住院 日額保險	團體意外傷 害保險附約
員 工	分 100 萬、200 萬、300 萬、500 萬及 1,000 萬五個等級受理(70 歲以上最高三百萬元)	2,000 元	3 萬元
配 偶	分 100 萬、200 萬、300 萬及 500 萬四個等級受理(70 歲以上最高三百萬元)	1,000 元	2 萬元
子女/父母	分 100 萬、200 萬及 300 萬三個等級受理(未滿 15 歲以下殘廢保額限一百萬元)	1,000 元	2 萬元

※眷屬投保金額不得高於員工本人

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新竹市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新竹市政府得再討論續約事宜。
- 2.投保後調離新竹市政府，或於投保後離職而不具有新竹市政府員工資格者，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.加保本險後如屆退休仍可繼續加保。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（6 月 15 日～7 月 14 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，一律採年繳且以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扣繳時，則恕不再受理續保申請。(通知寄送地以投保資料表或異動資料表最後所填地址為依據)。
- 3.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。
- 4.本合約之續保通知、扣款不成功通知、保險證、皆以主被保險人(員工或會員)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，應即以書面通知本公司。主被保險人不做前項通知者，本公司之各項通知，得以主被保險人所留之最後住所發送之。

※本團體保險非保證續保，保障計畫簡表僅供參考，詳細內容，商品說明及給付限制，以保單條款為準。

五、請勾選繳費方式：信用卡扣款

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 別：	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡
卡 號：	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
信用卡有效期限：	西元 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月止
持卡人身分證號碼：	<input type="text"/>
立授權書人（持卡人）簽名（須與信用卡簽名相同）： _____	
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	