宏泰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

● **投保須知：本契約保險期間為一年，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。**

精聯代號：

基 本 資 料

要保單位：　　部門/單位：　　職稱：　　到職日：　　聯絡電話/分機：

身分	異動選項	被保險人簽名	出生日期	身分證統一編號	性別	工作內容	法定代理人簽名	身故受益人
本人	□加保 □其它 說明：							□法定繼承人 □指定受益人 姓名＿＿＿＿ 身分證號＿＿＿＿ 與被保險人關係＿＿＿＿ 受益人聯絡電話＿＿＿＿
配偶	□加保 □其它 說明：							□法定繼承人 □指定受益人 姓名＿＿＿＿ 身分證號＿＿＿＿ 與被保險人關係＿＿＿＿ 受益人聯絡電話＿＿＿＿
子女 (15足歲-23歲)	□加保 □其它 說明：							□法定繼承人 □指定受益人 姓名＿＿＿＿ 身分證號＿＿＿＿ 與被保險人關係＿＿＿＿ 受益人聯絡電話＿＿＿＿

(每位被保險人皆於投保時已確認參加資格、投保險種、保險金額及保險費之異動與實際需求具相當性。)

本人地址：□□□＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

聯絡電話：＿＿＿＿＿＿＿＿行動電話：＿＿＿＿＿＿＿＿

1. **參加資格：** 投保對象限為中央及地方各政府機關、公立學校及公營事業機構之正式員工及其配偶(指經戶籍登記之合法配偶)。本人及配偶投保年齡最高保至 65 歲，續保至 65 歲。子女投保年齡 15 足歲至 23 歲。本人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員工資格者，則不再屬於本方案之投保對象，已投保宏泰人壽各團體保險者且仍具效力者，不得參加本方案。**除外對象：退休人員不得參加投保。**
2. **加　　保：** 本專案限職業等級 1~4 類人員投保。請填寫投保資料表、團體保險被保險人基本資料/告知事項及病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書，被保險人同時具有多重身分時，僅得選擇一種身分參加，若夫妻同為正式員工，不得互以眷屬身分重複投保。加保完成並扣款成功後，提供保戶保險證。
3. **退　　保：** 本人退休、配偶投保後離婚者，請保戶通知宏泰人壽辦理退保，保障計算至繳費當年度到期日止，不退未到期保費。本人續保時年齡逾 65 歲，或已申領保險金、退休、不具被保險人資格者，其全戶眷屬保障亦同時終止。
4. **續　　保：** 本團體保險契約期滿前，提供保戶續保通知函件，並於約定期限內回覆辦理續保、加退保手續。
5. **保 險 費：** 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(需另填保險費付款授權書)**。投保第一年度，未滿一年者，按月數比例收取保費。例：本契約 115 年 6 月 1 日生效，於 115 年 8 月 1 日加保投保計畫一生效者，每月保費 330 元*未到期投保 10 個月份=本年度保費 3,300 元。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，應即以書面通知宏泰人壽保險股份有限公司。主被保險人不做前項通知，得以主被保險人所留之最後住所發送之。

● **注意事項：**

1. 要保書如已指定「身故受益人詳團體保險被保險人投保名冊/異動通知書」時，則此投保資料表需填寫受益人姓名、身份證統一編號、關係及聯絡方式。註：如身故/喪葬費用保險金受益人以身分別指定，或不同意填寫受益人之聯絡地址及電話者，則以要保人最後所留之聯絡方式作為日後身故/喪葬費用保險金受益人之通知依據。要保書如指定「身故受益人依勞動基準法規定給付順位或法定繼承人」，但又於本投保資料表指定受益人時，本公司將依指定之受益人為身故受益人。
2. 未成年者，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。
3. 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保申請，被保險人於每月 15 日前提出申請，加保自提出書面申請後次月一日生效。
4. 本人需投保後，眷屬始得附加，被保險人職業變動時，應通知保險公司，宏泰人壽保留調整及最終承保與否權利。
5. 以上事宜若有疑義者，以要保單位與本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。

● **要保單位聲明：**

本要保單位之被保險人身分確為所屬成員，且本要保單位已向全體被保險人告知前述保險內容、包括但不限於保險期間、保險金額等事項。

要保單位章：＿＿＿＿＿＿＿＿　　**簽收日期：**＿＿＿＿＿＿＿＿