

# 【全家福新超值專案】教職員工專屬自費團體保險參加表

## 被保險人加保同意書

<input type="checkbox"/> <b>是的,我要參加</b> (茲勾選保險計劃如下)	
會員本人	<input type="checkbox"/> 計劃一(年繳保費 2866 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃二(年繳保費 4680 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃三(年繳保費 6494 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃六(年繳保費 1815 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃七(年繳保費 3630 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃八(年繳保費 5445 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃九(年繳保費 2500 元)。
配偶	<input type="checkbox"/> 計劃一(年繳保費 2866 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃二(年繳保費 4680 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃三(年繳保費 6494 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃六(年繳保費 1815 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃七(年繳保費 3630 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃八(年繳保費 5445 元)、 <input type="checkbox"/> 計劃九(年繳保費 2500 元)。
子女	<input type="checkbox"/> 計劃一(年繳保費 2866 元)、子女____人參加, 保費小計_____元 <input type="checkbox"/> 計劃五(年繳保費 1052 元)、子女____人參加, 保費小計_____元 <input type="checkbox"/> 計劃九(年繳保費 2500 元)、子女____人參加, 保費小計_____元 <input type="checkbox"/> 計劃十(年繳保費 1952 元)、子女____人參加, 保費小計_____元
父母	<input type="checkbox"/> 計劃四(年繳保費 2860 元)、 <input type="checkbox"/> 父; <input type="checkbox"/> 母, 共____人參加 保費合計共_____元 <input type="checkbox"/> 計劃十一(年繳保費 2860 元)、 <input type="checkbox"/> 父; <input type="checkbox"/> 母, 共____人參加 保費合計共_____元
保費總計	_____ 元

**被保險人(會員本人)/ 加保之基本資料**(計劃一、六、九初次投保年齡 **65** 歲以下, 計劃二、三、七、八初次投保年齡 **55** 歲以下, 如保險公司同意續保, 則可續保至 **70** 歲。)

姓名	身分證字號	出生日期	民國	年	月	日
聯絡地址	電話 H					
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同上	電話 O				
服務單位	E-MAIL					

註：1、身故受益人, 被保險人同意以法定繼承人為受益人。2、殘廢保險金、醫療保險金受益人限被保險人本人。  
3、僅受理「**職業類別第一、二類**」之被保險人。

**加保之眷屬資料**(眷屬未參加者, 請勿填寫, 父母初次投保年齡至 **70** 歲止, 如保險公司同意續保, 則可續保至 **75** 歲。  
子女須出生且已健康出院, 如保險公司同意續保, 則可續保至 **25** 歲。)

關係	姓名	出生年月日	工作性質/內容	身分證字號	保險公司註記欄
配偶		民國 年 月 日			<input type="checkbox"/> 無法承保 <input type="checkbox"/> 除外
子女		民國 年 月 日			<input type="checkbox"/> 無法承保 <input type="checkbox"/> 除外
子女		民國 年 月 日			<input type="checkbox"/> 無法承保 <input type="checkbox"/> 除外
子女		民國 年 月 日			<input type="checkbox"/> 無法承保 <input type="checkbox"/> 除外
子女		民國 年 月 日			<input type="checkbox"/> 無法承保 <input type="checkbox"/> 除外
父母		民國 年 月 日			<input type="checkbox"/> 無法承保 <input type="checkbox"/> 除外
父母		民國 年 月 日			<input type="checkbox"/> 無法承保 <input type="checkbox"/> 除外

註：◎配偶、子女、父母之保險金受益人為會員本人。  
◎僅受理「**職業類別第一、二類**」之被保險人之眷屬。  
◎本保險計劃, 中途恕不辦理加退保。  
◎本保險計劃, 一律免體檢, 只須填具『**被保險人參加同意書**』及『**健康聲明書**』。  
◎外籍人士僅能選擇加保「**計劃一**」或「**計劃六**」, 且須另作「**自費體檢**」, 方可加保。

要保單位別	保險公司填寫欄	保單號碼
		單位代號