

### 【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**—被保險人皆已了解本團體保險專案之內容及相關約定條件，並自保險公司審核通過後，方可生效。

<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"/> 計劃六(年繳保費 1815 元)、子女____人參加, 保費小計_____元 <input type="checkbox"/> 計劃九(年繳保費 3483 元)、子女____人參加, 保費小計_____元 <input type="checkbox"/> 計劃十(年繳保費 2935 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	身份證字號	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	身份證字號	保險公司註記欄	員工編號	職別	眷編
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			
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員工本人。  
◎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。

保單號碼	
單位代號	

信用卡卡號		信用卡有效期限	至西元 _____ 年 _____ 月止
發卡銀行		填表日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
持卡人簽名			

**【被保險人聲明同意事項】**  
一、本人(被保險人)謹此聲明本同意書內所載各項陳述均屬事實, 絕無故意隱匿, 過失遺漏, 或為不實之說明。  
二、本人已瞭解「全家福新超值專案」之保障內容以及有關事宜, 且同意成為以教師會為要保人, 向 貴公司要保「全家福新超值專案」成為被保險人之一。若教師會與遠雄人壽雙方解除或終止合約, 則參加本保險之員工(會員)及其眷屬保險將隨同終止。  
三、要保單位及被保險人已瞭解且同意, 本保險為一年期契約, 保險一年期滿後保險公司保留個別被保險人是否繼續續保之權利(即個別被保險人不保證續保), 及保險公司有權利自續保時可調整被保險人至適當投保等級。  
四、本人同意透過本同意書所授權之信用卡帳戶支付保險費, 並支付遠雄人壽。除本人另行向 貴公司提出書面退保通知, 此同意書將繼續有效。特此聲明 此致 遠雄人壽保險事業股份有限公司