

臺中市公務人員協會

被保險人投保名冊(團體傷害保險)

☐新保 ☐續保

戶號：_____

服務機關		單位名稱	
聯絡電話		行動電話	
通訊地址			
E-mail			

被保險人資料(會員加保，眷屬始得加保；保障內容及保費依公告為主)

被保險人親簽 (請字跡工整)	身分證字號	出生年月日 (民國年月日)	與會員 關係	工作內容	方案別 (詳下表)	受益人姓名	與被保險 人關係	法定代理 人簽名
			本人					

1. 受益人限直系親屬，若指定受益人非直系親屬，請提供身分證字號及指定原因。
 2. **被保險人未成年者**，需其法定代理人簽名。

投保規定說明：

- 承保對象：公部門暨所屬各機關之在職會員(含編制外之臨時人員、不含工讀生)及其眷屬；其眷屬僅包含配偶、會員子女。
- 承保限制：會員需投保，眷屬始可加保，眷屬保額不可高於會員本人保額。

項目	會員本人、配偶	子女
承保年齡	首次15足歲以上~70足歲，續保可至75足歲	15足歲以上~23足歲且未婚在學
方案限制	方案 A-C	方案 A
職業類別	限 1-4 類	
方案備註	方案 A(保額 100 萬)、方案 B(保額 200 萬)、方案 C(保額 300 萬)	

- 工作內容，請明確說明，盡力避免含糊之名詞。自由業仍需詳述其工作內容，同時有兩種或兩種以上之職業(含兼業)者，應以較危險之工作內容來評估職業等級。(職業類別之認定依本公司核保準則為認定標準，本公司保留審核職業類別是否接受投保之權利。)
- 投保時請檢附「被保險人投保名冊」、「繳費證明」。
- 依主管機關實支實付型醫療保險副本理賠之控管措施(自108年11月8日起實施)每一被保險人有效實支實付醫療保險之張數上限3張者可變更不含實支實付型方案或取消投保本專案。
- 被保險人若有身心障礙手冊或身心障礙證明，請提供身心障礙手冊正、反面影本(請於空白處說明失能部位及造成原因)。
- 本投保名冊若有塗改請該被保險人於塗改處簽名確認。

11302 版

華南產險保險費之繳費方式（請擇一勾選）																																																																					
☐ 自動櫃員機 (ATM)	■ 銀行代號：008（華南商業銀行股份有限公司） ■ 轉帳帳號：95363+主被保險人(會員)身分證字號（英文字母代碼+後9碼） ■ 轉帳金額：總保費可扣除手續費15元(手續費由華南產險吸收) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>英文</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td><td>K</td><td>L</td><td>M</td> </tr> <tr> <td>代碼</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td> </tr> <tr> <td>英文</td><td>N</td><td>O</td><td>P</td><td>Q</td><td>R</td><td>S</td><td>T</td><td>U</td><td>V</td><td>W</td><td>X</td><td>Y</td><td>Z</td> </tr> <tr> <td>代碼</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td> </tr> </table> ※專屬帳號，請勿與其他保單合併使用。 ※不適用護照號碼及居留證號 範例：主被保險人(會員)身分證字號為 Q123456789，總保費：新臺幣 2,550 元 轉帳帳號為：95363-17-123456789 轉帳金額：新臺幣 2,535 元(可扣除 15 元)													英文	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	代碼	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	英文	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	代碼	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
英文	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M																																																								
代碼	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13																																																								
英文	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z																																																								
代碼	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26																																																								
☐ 信用卡 (限會員本人)	持卡人已詳閱下列注意事項，對授權書內容均已充分了解並簽名如下已示同意： 1. 持卡人同意以信用卡支付下開保險費金額予華南產物保險股份有限公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。2. 本項交易若未獲發卡銀行核准，則本保險費簽帳單自動失效，本公司得重新收費，否則保險契約不生效力。3. 依據金融監督管理委員會核定「強化保險業透過信用卡或金融機構轉帳扣繳收取保險費之身分驗證機制」規定辦理。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">要保人 (要保單位)</td> <td style="width: 30%;">臺中市公務人員協會</td> <td style="width: 20%;">投保險種</td> <td style="width: 30%;">團體傷害保險</td> </tr> <tr> <td>要保會員 姓名暨簽名</td> <td></td> <td>員工身分證字號</td> <td></td> </tr> <tr> <td>信用卡卡別</td> <td>☐ VISA ☐ MASTER ☐ JCB</td> <td>發卡銀行</td> <td></td> </tr> <tr> <td>信用卡卡號</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">— — —</td> </tr> <tr> <td>信用卡有效期限</td> <td>___月/20___年(西元)</td> <td>簽帳金額</td> <td>NT\$</td> </tr> <tr> <td>持卡人中文姓名</td> <td></td> <td>持卡人身分證字號</td> <td></td> </tr> <tr> <td>持卡人與 被保險人關係</td> <td>限會員本人</td> <td>連絡電話</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">主被保險人(會員)簽名 (請與要保書簽名樣式相同)</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">持卡人簽名(同信用卡背面簽名)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">簽帳日期： 年 月 日</td> </tr> </table> *個人資料之蒐集、處理及利用告知事項：本公司蒐集您的個人資料目的係為辦理信用卡扣款繳交保險費集相關保險服務，蒐集之資料會在目的存續期間及依法令規定要求之期間內，僅以電子檔案或紙本形式於我國境內供本公司及扣款金融機構蒐集、處理及利用。依個人資料保護法之規定，持卡人得行使查詢、閱覽、複製、補充更正、停止及刪除之權利。若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，本公司將可能無法扣款及提供您完善的保險服務。													要保人 (要保單位)	臺中市公務人員協會	投保險種	團體傷害保險	要保會員 姓名暨簽名		員工身分證字號		信用卡卡別	☐ VISA ☐ MASTER ☐ JCB	發卡銀行		信用卡卡號	— — —			信用卡有效期限	___月/20___年(西元)	簽帳金額	NT\$	持卡人中文姓名		持卡人身分證字號		持卡人與 被保險人關係	限會員本人	連絡電話		主被保險人(會員)簽名 (請與要保書簽名樣式相同)		持卡人簽名(同信用卡背面簽名)				簽帳日期： 年 月 日																					
要保人 (要保單位)	臺中市公務人員協會	投保險種	團體傷害保險																																																																		
要保會員 姓名暨簽名		員工身分證字號																																																																			
信用卡卡別	☐ VISA ☐ MASTER ☐ JCB	發卡銀行																																																																			
信用卡卡號	— — —																																																																				
信用卡有效期限	___月/20___年(西元)	簽帳金額	NT\$																																																																		
持卡人中文姓名		持卡人身分證字號																																																																			
持卡人與 被保險人關係	限會員本人	連絡電話																																																																			
主被保險人(會員)簽名 (請與要保書簽名樣式相同)		持卡人簽名(同信用卡背面簽名)																																																																			
		簽帳日期： 年 月 日																																																																			
☐ 郵局劃撥 (請勿用匯款)	■ 戶名：華南產物保險股份有限公司 帳號：50442497 ■ 劃撥單備註欄需註明：臺中市公務人員協會/會員名字/會員身分證字號																																																																				
主被保險人(會員)簽名： 日期： 年 月 日																																																																					

※請將「被保險人投保名冊」、「繳費證明」，交晨陽保經各機關駐點人員統一收件
請洽駐點人員 服務專線：0800-088-606