

# 113 年度凱基人壽「國家安康-全國公教員工團體保險」加入表

(\*為必填欄位)

|              |       |       |                   |
|--------------|-------|-------|-------------------|
| *服務機關        |       | *部門單位 |                   |
| *員工姓名        | *身分證號 | *出生日期 | 民國    年    月    日 |
| 聯絡電話         | 分機    | *行動電話 |                   |
| *聯絡地址 (郵遞區號) |       |       | 電子信箱              |

### ■ 保險期間

自 113 年 4 月 1 日零時起至 114 年 3 月 31 日 24 時止。(中途加保者，經核保通過後，依申請日所對照之日期為生效日)

■ 新加保者請先勾選投保方案： 方案一     方案二 (所有被保險人僅能投保同一方案)

■ 被保險人資料 (限職業分類第 1 至 4 類人員加保，如有塗改請換表重填或於塗改處簽名)

| 加保 | 變更 | 退保 | 身分    | 被保險人親簽 | 身分證號 | 出生日期<br>(民國年/月/日) | 工作職稱及內容<br>(務必詳填) |
|----|----|----|-------|--------|------|-------------------|-------------------|
|    |    |    | 員工本人  |        |      |                   |                   |
|    |    |    | 員工配偶  |        |      |                   |                   |
|    |    |    | 子女(1) |        |      |                   |                   |
|    |    |    | 子女(2) |        |      |                   |                   |
|    |    |    | 子女(3) |        |      |                   |                   |
|    |    |    | 本人父親  |        |      |                   |                   |
|    |    |    | 本人母親  |        |      |                   |                   |
|    |    |    | 配偶父親  |        |      |                   |                   |
|    |    |    | 配偶母親  |        |      |                   |                   |

※被保險人目前是否受有監護宣告？……  否  是 (請提供相關證明文件)；

受監護宣告之被保險人姓名如右：\_\_\_\_\_

※員工之身故或喪葬費用保險金受益人為法定繼承人；眷屬之身故或喪葬費用保險金受益人順位為 1. 員工本人 2. 法定繼承人 (但已由被保險人具名指定者，依其指定；具名指定以被保險人家屬或其法定繼承人為限)。

※失能及各項醫療保險金的受益人為被保險人本人，保險公司不受理其指定或變更。

※身故保險金受益人如係身分別之指定，或要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址或電話時，則以要保人最後所留存於保險公司之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

### ■ 被保險人確認事項

1. 保險公司或要保人(單位)已提供本團保「調查表/加入表填寫說明暨注意事項」供被保險人成員參閱。
2. 被保險人已審閱「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」(內容詳背面附表)。
3. 被保險人已審閱「投保須知」及「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」。
4. 被保險人瞭解並同意凱基人壽保險(股)公司將提供被保險人之姓氏及連絡電話予要保單位(行政院人事行政總處公務人員協會)，於通知被保險人以利其後續參加「國家安康」公教員工團體保險方案之目的範圍內，蒐集、處理或利用被保險人之姓氏及連絡電話。

### ■ 被保險人聲明事項

1. 本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
2. 本人(被保險人、要保人)同意凱基人壽保險(股)公司將本要保文件(調查表)上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
3. 本人(被保險人、要保人)同意凱基人壽保險(股)公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

員工(主被保險人/法定代理人)親簽：\_\_\_\_\_ 填表日期： 年    月    日

|      |   |                                 |
|------|---|---------------------------------|
| 身分證明 | <input type="checkbox"/> 公務人員識別證影本 <input type="checkbox"/> 一年(含)以上約聘書影本 <input type="checkbox"/> 在職證明書影本 | 若無提供身分證明文件<br>則請蓋人事單位戳章(不可為收發章) |
|------|---|---------------------------------|

|                |   |           |           |      |               |
|----------------|---|-----------|-----------|------|---------------|
| <b>保險公司專用欄</b> | 通訊處   | 業務員<br>簽名 | 登錄證<br>字號 | 聯絡電話 | 國家安康<br>專案收件章 |
|                | ◎業務員聲明事項：<br>1. 本人已核對要保人、被保險人及法定代理人個人身分證明文件，並確認其身分、職業(含工作內容)、戶籍地址及住所(通訊地址)與要保文件填載內容一致，並已確認要保人與被保險人/被保險人與受益人之關係及受益人之身分。<br>2. 本保單之規劃，已確實瞭解要保人與被保險人之投保目的、保險需求，並綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之適當性(適合度)，及確認要保人已確實瞭解其所繳交保險費用以購買保險商品。<br>3. 本要保書各欄及詢問事項，確經本人當面向要保人、被保險人及法定代理人說明，並由要保人、被保險人及法定代理人親自填寫及簽名無誤，且本報告書各欄均屬確實，若有不實致生損失於公司，本人願負全部責任，特此聲明。 |           |           |      |               |