

壹、被保險人資料：

※初次或中途為眷屬加保，皆請載明員工資料，請務必正楷填寫，以利團保相關服務。				
員 工	姓名：	身分證號：	出生日期：民國	年 月 日
服務單位	詳細名稱：（如：院/部/署/局/處/所屬科組室）			
	地址：（郵遞區號：           ）			
	電話：	分機：	手機：	
住 家	地址：（郵遞區號：           ）			
	電話：	e-mail：		

◎ 被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致殘廢或死亡時，本公司依照本契約的約定，給付保險金。前述

加保	變更	退保	身分	被保險人簽署	身分證號	出生日期 (民國年/月/日)	工作職稱及內容 (務必詳填)	已懷孕 28 週以上 (請打勾)	身故保險金受益	
									姓名	關係
			員工					<input type="checkbox"/>		
			配偶					<input type="checkbox"/>		
			子女					<input type="checkbox"/>		
			子女					<input type="checkbox"/>		
			子女					<input type="checkbox"/>		
			本父					<input type="checkbox"/>		
			本母					<input type="checkbox"/>		
			配偶父					<input type="checkbox"/>		
			配偶母					<input type="checkbox"/>		

※ 醫療保險金受益人為被保險人本人。

員工(主被保險人)親簽：

貳、身份證明文件：

<div>浮貼於此欄位 擇一即可</div> <div><input type="checkbox"/>公務人員識別證影本</div> <div><input type="checkbox"/>一年(含)以上約聘書影本</div> <div><input type="checkbox"/>在職證明書影本</div> <div><input type="checkbox"/>有服務單位之人事部門印章(不可為收發章)</div>	<div>人事部門戳章</div>
	<div>僅證明上述員工為現職人員</div>

服務代表： 業務員代碼： 聯絡電話： 簽收日期：

專責服務單位 通訊處： 通訊處助理： 專責受理章：

(圖 101 年 04 月版)

## 行政院人事行政局公務人員協會代辦公教人員《闔家安康》自費團體保險『加入表』

## 【保險年度中保障生效日對應保費表】

生效日 身分	101.4.1 3/12 前送件	101.5.1 4/12 前送件	101.6.1 5/12 前送件	101.7.1 6/12 前送件	101.8.1 7/12 前送件	101.9.1 8/12 前送件
員工/配偶	1,280	1,176	1,067	961	852	743
0-14 歲員工子女	300	276	250	225	200	174
15-23 歲員工子女	610	561	508	458	406	354
父母	920	845	766	690	613	534
生效日 身份	101.10.1 9/12 前送件	101.11.1 10/12 前送件	101.12.1 11/12 前送件	102.1.1 12/12 前送件	102.2.1 1/12 前送件	102.3.1 2/12 前送件
員工/配偶	639	530	424	315	206	109
0-14 歲員工子女	150	124	99	74	48	26
15-23 歲員工子女	305	252	202	150	98	52
父母	459	381	305	227	148	79

備註：

若保障非 4 月 1 日生效者，按上表收取非整年保費。

### 繳費規定：採年繳保費，限採信用卡扣繳

☐首次授權

☐變更授權

轉帳授權書：本人授權自保單生效日起，由本人之下列信用卡帳戶扣除本人及加保眷屬之保險費並支付中國人壽保險股份有限公司，本人將遵守信用卡合約書之規定。如因授權書內容填寫錯誤，或其他原因致發卡銀行無法代扣保險費，本授權書之效力即行終止，唯其情形得以補正者，不在此限。本授權書未記載事項，係依一般銀行慣例及相關法令辦理。（※中華郵政信用卡、美國運通信用卡及帳戶型之信用卡皆無法代扣保險費）

發卡銀行：\_\_\_\_\_ 銀行 ☐VISA ☐MASTER ☐JCB ☐聯合信用卡

信用卡卡號：\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

信用卡有效期限：至   月 / 20  年

持卡人 ID：\_\_\_\_\_

持卡人與員工關係 ☐本人 ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐受益人

持卡人親簽：\_\_\_\_\_

（請持卡人親自簽名，並與信用卡背面之簽名式樣相同）