

# 『愛護您』教育部公務人員協會團體保險自費投保專案 加入表

注意：本表為初次加保時填寫，凡新加保者（不論是員工本人或眷屬），均應填寫現職員工資料，以利歸戶核對。員工本人申請投保且經核保通過受理者，始受理其眷屬之投保申請。  
 每月 20 日截止收件；加入表及健康聲明書與信用卡授權書等表格，於每月 22 日送達保誠人壽公司。  
 資料不齊者，請協助於次月 10 日前補件，補件完成並經保誠人壽核保後，自次月一日正式生效，若未能於期限內完成加保手續者，則本次不受理請重新送件。

保單號碼：\_\_\_\_\_（保誠人壽填寫）

※ 被保險人基本資料：【無論是否初次為眷屬加保，請載明現職員工基本資料】

| 身份  | 被保險人簽名 | 計畫別 | 出生日期<br>(民國)年/月/日 | 身分證字號 | 投保權益確認、個資運用暨<br>續保約定同意   | 身故受益人/身故受益<br>人與被保險人之關係 |
|---|--------|-----|-------------------|-------|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 協會會員                   |        |     |                   |       | 完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>個資運用 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意<br>續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 | /                       |
| <input type="checkbox"/> 教育部暨所<br>屬機關學校現<br>職員工 |        |     |                   |       | 完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>個資運用 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意<br>續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 | /                       |
| 配偶  |        |     |                   |       | 完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>個資運用 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意<br>續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 | /                       |
| 子女  |        |     |                   |       | 完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>個資運用 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意<br>續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 | /                       |
| 子女  |        |     |                   |       | 完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>個資運用 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意<br>續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 | /                       |
| 子女  |        |     |                   |       | 完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>個資運用 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意<br>續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 | /                       |

A、計劃一 / 二 / 三保障內容：TL 100 萬 / PA100 萬 / MT 2 萬 / AHT 8 單位 / CT 1 單位 / NCT 2 單位

B、計劃四保障內容：AHT 8 單位 / CT 1 單位 / NCT 2 單位

- \* 請填寫身故/喪葬費用保險金受益人。
- \* 若夫妻同為現職員工，均請以被保險人身份加保，勿再以家屬身份投保（子女請擇一加保），保險利益不得重覆理賠。
- \* 被保險人勾選不同意或未勾選，或因主被保險人未續保時，本保險契約於期間屆滿時自動終止。
- \* 保費繳費方式一律為年繳採信用卡付款，中途加入者請參閱【保險年度中保障生效日對應保費表】。
- \* 於簽訂團體自費加入表時業已提供新加保及續保約定事項與蒐集、處理及利用個人資料告知內容供被保險人審閱。
- \* 未滿七足歲者，由法定代理人於被保險人欄位代為簽名；七足歲（含）以上未滿二十足歲者，請由本人及法定代理人（於被保險人欄位）親自簽名。
- \* 保誠人壽依個人資料保護法而為蒐集、處理或利用您的個人資料，若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，本公司將無法承保。

服務機關/單位：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_

單位電話：\_\_\_\_\_ 分機：\_\_\_\_\_ 住家電話：\_\_\_\_\_ 行動電話：\_\_\_\_\_

通訊地址：（郵遞區號：\_\_\_\_\_）\_\_\_\_\_

（為避免影響保戶權益，以上資料請務必填寫清楚，以利通知）

**協會戳章**（蓋章處）

|                        |   |
|------------------------|---|
| 服務機關承辦人章：<br><br>簽收日期： | 教育部暨所屬機關學校現職員工身分證證明文件（浮貼於此欄）  |
|                        | <input type="checkbox"/> 機關學校識別證影本 <input type="checkbox"/> 一年（含以上）約聘書影本<br><input type="checkbox"/> 在職證明書影本 <input type="checkbox"/> 其他證明為教育部暨所屬機關學校現職員工之影本<br><input type="checkbox"/> 教育部公務人員協會會員證影本<br>本人同意保誠人壽得依「個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。<br>本人 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意保誠人壽得利用本人提供之資料與本人連繫，並提供保險商品資訊。 |

業務單位：\_\_\_\_\_ 業務人員/ID：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

團險服務團隊

魏佩琳(02)7716-7031

0921-172-728