

中華郵政工會團體保險自費參加表

歡迎會員與眷屬(配偶、子女、父母)且職業等級一至四類參加投保

要保單位	中華郵政工會			單位與職稱		
會員資料	會員姓名		身份證號		出生日期	
	★手機電話 <small>必填(簡訊通知)</small>		聯絡市話		電子郵件	
	保單寄送地址 <small>(必填)</small>	□□□□□□			保險期間	<input type="checkbox"/> (365專案) 自__年__月01日起生效, 保期為一年。
			<input type="checkbox"/> (88專案) 自__年__月01日起至111年8月1日零時。			
			<input type="checkbox"/> (100專案) 自__年__月01日起至111年4月1日零時。			

與會員的關係	本人	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母
被保險人姓名	同上				
★ 被保險人親簽(必須) <small>因應 101 年 10 月 1 日個資法上路, 同意由要保單位代表被保險人簽立個資同意書。</small>					
身份證字號	同上				
出生年月日	同上	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
被保人之服務單位/工作內容(詳填)					
身故受益人 <small>(身故受益人限: 父母、配偶、子女及法定繼承人; 若未指定則為法定繼承人)</small>	姓名				
	身份證號				
	生日				
	關係				
(會員、配偶、子女、父母) 365 專案	2	2,300			
(會員、配偶、子女、父母) 88 專案	4	3,661			
(會員、配偶、子女、父母) 100 專案	2	2,365			

★**被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)?** 是, 否 如勾選是者, 請提供相關證明文件

被保險人告知事項: 被保險人過去及現在之健康狀況是否有下列所述的情況?

★依保險法第 127 條: 保險契約訂立時, 被保險人已在疾病或妊娠情況中者, 保險人對此項疾病或分娩, 不負給付保險金額之責任。

1. 身高	公分	公分	公分	公分	公分
2. 體重	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
3. 最近二個月是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 過去二年內是否曾因接受健康檢查異常情形而被建議接受其他檢查或治療?(亦可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

被保險人過去及現在之健康情形若有上列所述情況勾選 是 者請詳填下列資料:

被保險人	病名(外傷者, 含受傷部位)	就診醫院	就診大約日期	診療過程(門診、住院或手術)	有無手術	有無後遺症	其他

郵政存簿儲金扣款	戶名(簽名) : _____ 身分證號 : _____	人數 共 _____ 人
	局號 : □□□□□□ — □ 帳號 : □□□□□□ — □	
<small>註: 扣款授權人同意自上述帳戶扣繳首、續年度保險費。本保單續採自動續保、屆期自動扣款, 免再重新填寫參加表。不續保者請來電辦理退保, 保險公司會退還未到期的日數保費。扣款日依各專案說明之扣款日扣款。★首次扣款, 需提供自動轉帳付款授權書正本(一式兩份), 或請洽台一保經, 謝謝。</small>		