

新北市牙體技術人員職業工會

111 年度會員及眷屬自費團體保險加退保申請書

A. 保單基本資料

保戶編號: A3041 保單號碼: G000002510

B. 投保規則/參加辦法

1. 加保: 即日起開放申請, 截止日為 111/06/30, 並於保險公司受理並同意承保後, 以 111/07/01 零時為保險生效日。保單年度中可隨時申請加保。
2. 退保: 因故得填寫申請書辦理退保; 喪失會員資格時, 會員本人及眷屬應一併申請退保, 將同時喪失被保險人資格。
3. 禁複保: 每位眷屬限投保一份 (例如配偶同為本要保單位會員時, 不得再以眷屬身份重複加保或為子女重複投保)。
4. 生效: 會員本人需先加保, 配偶及子女始可投保, 加保需填寫本申請書, 於南山人壽收訖之次月一日零時並經核保通過後始生效力, 若未通過核保, 則所有險種自始不生效力。
5. 失效: 以南山人壽收訖退保通知之次月一日零時失效。
6. 承保年齡: 會員本人及配偶-首次投保需滿 15 足歲至未滿 75 足歲, 最高承保至 75 足歲; 子女-首次投保需未滿 23 足歲, 最高承保至 23 足歲。
7. 受益人: 各項受益人約定依保險契約約定辦理。
8. 其他提醒: 依據金融監督管理委員會 108/08/08 金管保壽字 1080494305 號函示, 自 108/11/08 起, 每一被保險人投保實支實付型醫療保險(含日額或實支實付給付擇一之商品)以 3 張為上限, 前述上限於醫療保險及傷害醫療保險採分別計算, 在保單件數未低於 3 張前, 不得再承保新契約。倘南山人壽審核後發現被保險人投保之實支實付型醫療保險張數已超過 3 張上限, 將依前述函示及要保單位之投保規劃, 不予承保實支實付型醫療保險(含日額或實支實付給付擇一之商品)。

C. 保險內容: 本表所載僅供參考, 一切給付依保單條款為憑

單位: 新台幣元

稱謂 \ 險種	意外傷害險	意外住院日額險	意外醫療險	月繳保費
本人、配偶、子女限 15 足歲(含)以上	100 萬	1,000	2 萬	101 元/人
子女限 15 足歲以下(備註)	-	1,000	2 萬	46 元/人

備註:

1. 配合保險法規定, 以未滿 15 足歲者或受監護宣告尚未撤銷者為被保險人, 其身故或喪葬費用之給付將受有相關限制, 並依各該保險商品之保單條款約定辦理。
2. 倘欲為未滿 15 足歲子女申請投保意外傷害保險者, 請於保單年度開放申請投保期間填寫本申請書申請加保, 南山人壽將累計核算未滿 15 足歲子女於南山人壽及其他保險業已投保之喪葬費用保險金額是否已達保險法第 107 條規定之限額(即遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半, 現行為新臺幣 61.5 萬元, 以下簡稱「限額」), 並依核算結果辦理加保或通知不予承保。
3. 倘未滿 15 足歲子女「僅申請投保意外傷害醫療保險」者, 請於保單年度開放申請投保期間填寫本申請書申請加保。**另請留意, 倘未滿 15 足歲子女於南山人壽及其他保險業已投保之喪葬費用保險金額未達限額者, 可優先規劃補足未滿 15 足歲子女之限額缺口, 如有為前述未滿 15 足歲子女補足限額缺口之需求, 可洽南山人壽或您的業務服務人員。**

新北市牙體技術人員職業工會

111 年度會員及眷屬自費團體保險加退保申請書

 保戶編號: A3041

 保單號碼: G000002510

D.加退保表格:

會員姓名: _____ 身分證字號: _____

聯絡電話: _____ 分機: _____ 行動電話: _____

被保險人明細: ◎書寫資料若有塗改,請在塗改旁簽名(本人簽名),以免退件。

◎(註 1)非中華民國國籍者需於備註欄加註國籍資料及英文全名。

項目	員工	配偶	子女	子女	子女
被保險人親簽 (請以正楷填寫)					
備註*(註 1)					
結婚年月日					
未滿 20 足歲且尚未結婚子女之法定代理人親簽					
身分證字號(護照號碼)					
出生年月日					
異動項目	<input type="checkbox"/> 加保	<input type="checkbox"/> 加保	<input type="checkbox"/> 加保	<input type="checkbox"/> 加保	<input type="checkbox"/> 加保
	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 退保
請勾選被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險	<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
聯絡電話(必填)					
居所郵遞區號(必填)					
地址(必填)					
月繳保險費	101 元	101 元			
總保費					
約定及注意事項: *本人(被保險人)同意南山人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。 *本人(被保險人)同意加保南山人壽本保險內容,並授權新北市牙體技術人員職業工會代扣繳交應繳付之保險費。 *本申請書需親簽之欄位,未滿七足歲者或無行為能力人,由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名;七足歲(含)以上未滿二十足歲者,由本人及法定代理人簽名;以上簽名於續保時仍有效。 *本人(被保險人、要保人)同意南山人壽就本人之個人資料,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。 *本人(被保險人、要保人)同意南山人壽將本申請書上之個人資料轉送產、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。 *本人(被保險人)於填寫本加保申請書時,已審閱南山人壽所提供之『團體保險履行個人資料保護法告知義務內容』。 *南山人壽將會依「保險業招攬及核保理賠辦法」等相關規定,對被保險人進行財務核保暨生存調查、抽樣電訪、抽樣體檢等作業。 *南山人壽對於本保單之上述被保險人保有最終承保與否之決定權。 *本保險商品皆為團體一年定期保險,續保須經契約雙方議定,南山人壽不保證續保。					

E.員工本人及要保單位簽署

(會員本人)_____ 親簽

日期: _____年____月____日

 要保單位及負責人簽章

(應與原要保書所蓋之印鑑相同)