

# 慈濟大學教職員工團體保險 福利計劃參加同意書

新投保；續保件

教職員工姓名：\_\_\_\_\_

服務單位(學校名稱)： 慈濟大學

保單號碼：K G I - 60834

茲聲明：

(一)本人同意參加本校之「教職員工團體保險福利計劃」，指定被保險人及保險計劃如下，並願遵守 貴公司團體保險條款，附加合約及特別條款之規定，凡本參加同意書所載各項均屬事實，參加附加計劃II所填寫健康告知聲明書亦屬事實。

被保險人	參加計劃 (主保險部份, 請勾選✓)			參加計劃 ((附加部份, 請勾選✓)	
	計劃 1 團體一年傷害保險 100 萬 團體空中乘客保險 100 萬 團體一年醫療限額傷害保險 1 萬	計劃 2 團體一年傷害保險 300 萬 團體空中乘客保險 300 萬 團體一年醫療限額傷害保險 3 萬	計劃 3 團體一年傷害保險 500 萬 團體空中乘客保險 500 萬 團體一年醫療限額傷害保險 5 萬	附加計劃 I 團體一年重大疾病保險 30 萬 團體一年醫療日額傷害保險 2000 元級	附加計劃 II 團體一年定期壽險：本人 50 萬，配偶 20 萬； 團體一年住院醫療日額保險 1000 元級
教職員工本人	<input type="checkbox"/> 年保費 432 元	<input type="checkbox"/> 年保費 1296 元	<input type="checkbox"/> 年保費 2160 元	<input type="checkbox"/> 年保費 660 元	<input type="checkbox"/> 年保費 1320 元
配 偶	<input type="checkbox"/> 年保費 432 元	<input type="checkbox"/> 年保費 1296 元	<input type="checkbox"/> 年保費 2160 元	<input type="checkbox"/> 年保費 660 元	<input type="checkbox"/> 年保費 960 元
子 女 (限 15 足歲以上 未滿 23 足歲)	<input type="checkbox"/> 年保費 432 元	子女____人，保費小計_____元		<input type="checkbox"/> 年保費 660 元 子女____人，保費 小計_____元	<input type="checkbox"/> 年保費 960 元 子女____人，保費 小計_____元
父 母	<input type="checkbox"/> 年保費 456 元	父母____人，保費小計_____元		/	
備 註	如係中途參加者，須按月換算至團體契約期滿日止之保費。			總保費合計_____元	

教職員工本人資料

姓 名	出生年月日	系 所
身分證號碼	婚 姻 狀 況 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	職 稱
聯 絡 地 址	聯 絡 電 話	
註：◎被保險人之身故保險金受益人依團體保險要保書所載。 ◎員工本人及其眷屬之殘廢及醫療保險金受益人為被保險人本人。		E-mail

附加配偶、子女、父母資料 (配偶、子女、父母未參加者，請勿填寫；僅限教職員工本人父母加保，配偶父母謝絕承保)

關 係 (請註明配偶、子女或父母)	姓 名	出 生 年 月 日	身 分 證 號 碼
		民國 年 月 日	
		民國 年 月 日	
		民國 年 月 日	
		民國 年 月 日	
		民國 年 月 日	

(二)「團體一年醫療限額傷害保險」之保險給付採實支實付方式，就其實際醫療費用超過全民健康保險給付部分，給付團體一年醫療限額傷害保險保險金。

(三)申請加入本保險計劃，須經 貴公司核保同意後，按核定之保險生效日零時起生效。

(四)參加之保險計劃之保險效力至保費有效屆滿日即終止；到期若欲繼續參加時，須仍具有教職員工身份並繳交保費，經 貴公司核保同意後，按核定之保險生效日當日零時起生效。

(五)本保險為一年期保險契約，保單期滿時保險公司保留續保與否或調整續保費率之權利。

(六)本人(被保險人、要保人) 同意國華人壽保險股份有限公司將本同意書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。

(七)本人(被保險人、要保人) 同意國華人壽保險股份有限公司得依「電腦處理個人資料保護法」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。

員工本人 \_\_\_\_\_ (簽名)    員工母親 \_\_\_\_\_ (簽名)    員工子女 \_\_\_\_\_ (簽名)  
 員工配偶 \_\_\_\_\_ (簽名)    員工子女 \_\_\_\_\_ (簽名)  
 員工父親 \_\_\_\_\_ (簽名)    員工子女 \_\_\_\_\_ (簽名)    法定代理人 \_\_\_\_\_ (簽名)

此 致

國華人壽保險股份有限公司

中華民國 年 月 日

團保部專用欄	保險生效日	核 保	
--------	-------	-----	--