

OGIN1

慈濟學校財團法人慈濟大學
團體綜合保險參加同意書

本專案為要保單位代員工及眷屬安排由全球人壽辦理之團體保險，可依個人意願自費選擇參加。

新投保； 續保件

服務單位： 慈濟學校財團法人慈濟大學

保單號碼：KGI - 60834

茲聲明同意如下：

(一)本人願參加本單位之「團體綜合保險」，指定被保險人及保險計劃如下，並願遵守全球人壽團體保險契約條款及附加合約之特別條款規定，凡本參加同意書所載各項均屬事實。

Table with 6 columns: 被保險人, 參加計劃 (主保險部份), 參加計劃 (附加部份), 計劃 1, 計劃 2, 計劃 3, 附加計劃, 附加計劃. Rows include 員工本人, 配偶, 子女, 父母, and 備註.

員工本人資料

Form with fields: 姓名, 出生年月日, 系所, 身分證號碼, 婚姻狀況, 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.

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

Table with 4 columns: 關係 (請註明配偶、子女或父母), 姓名, 出生年月日, 身分證號碼. Multiple rows for family members.

- (二)申請加入本保險計劃，須經全球人壽核保同意後，按核定之保險生效日零時起生效。
(三)參加之保險計劃之保險效力至保費有效屆滿日即終止，另中途參加者，須按月換算至團體契約期滿日止之保費；到期若欲繼續參加時，須仍具有員工身分並繳交保費，經全球人壽核保同意後，按核定之保險生效日零時起生效。
(四)本保險為一年期保險契約，保單期滿時全球人壽保留續保與否或調整續保費率之權利。

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)

中華民國 年 月 日

Table with 4 columns: 審核專用欄, 保險生效日, 核保, (blank)