GIDB0040

慈濟學校財團法人慈濟大學
團體綜合保險申請書

本計劃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。

被保險人	參加計劃（主保險部份，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 團體一年意外醫療日額傷害保險 1000 元	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 團體一年意外醫療日額傷害保險 1000 元	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 團體一年意外醫療日額傷害保險 1000 元
員工本人	□年繳保費 576 元	□年繳保費 1416 元	□年繳保費 2256 元
配偶	□年繳保費 576 元	□年繳保費 1416 元	□年繳保費 2256 元
子女 **(限 15 足歲以上未滿 23 足歲)**	□年繳保費 588 元	子女____人，保費小計_____元	
父母	□年繳保費 660 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	

員工本人資料

姓名		出生年月日		**系所**	
身分證號碼		婚姻狀況	□已婚　□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失能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)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。

(五)本保險計劃內容為套裝商品，若被保險人自費投保之實支實付傷害醫療保險及住院醫療保險，累計超過三張或全球人壽自費團險超過一張，本公司不受理投保申請。

員工本人 _____（簽名）　員工父親 _____（簽名）　員工子女 _____（簽名）

員工配偶 _____（簽名）　員工母親 _____（簽名）　員工子女 _____（簽名）

員工子女 _____（簽名）

法定代理人 _____（簽名）　身分證字號 _____　出生日期_____

中華民國　　年　　月　　日

審核專用欄	保險生效日		核保	