

被保險人投保名冊【團體傷害(意外)保險】

要保人：法務部公務人員協會

投保單位：_____（機關名稱）、_____（科、組、室）

員工地址：

聯絡電話：

行動電話：

E-mail：_____ 中途加保，請打勾(員工姓名：_____ 身分證字號：_____)

投保狀況，請於下方勾選

華南續保

新光人壽或國泰人壽轉保
(請附轉保證明)

新保

序號	自動續保	被保險人姓名 暨簽名(請親簽) (請字跡工整)	身分證字號	出生年月日	與主被保險人 (員工)關係	工作內容	方案別	受益人姓名	受益人關係	法定代理人簽名 (未滿20足歲者需由 法代簽名)
本人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				<input type="checkbox"/> 會員 <input type="checkbox"/> 非會員		<input type="checkbox"/> 方案A <input type="checkbox"/> 方案B <input type="checkbox"/> 方案C <input type="checkbox"/> 方案D <input type="checkbox"/> 方案E <input type="checkbox"/> 方案F			
2	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						<input type="checkbox"/> 方案A <input type="checkbox"/> 方案B <input type="checkbox"/> 方案C <input type="checkbox"/> 方案D <input type="checkbox"/> 方案E <input type="checkbox"/> 方案F			
3	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						<input type="checkbox"/> 方案A <input type="checkbox"/> 方案B <input type="checkbox"/> 方案C <input type="checkbox"/> 方案D <input type="checkbox"/> 方案E <input type="checkbox"/> 方案F			
4	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						<input type="checkbox"/> 方案A <input type="checkbox"/> 方案B <input type="checkbox"/> 方案C <input type="checkbox"/> 方案D <input type="checkbox"/> 方案E <input type="checkbox"/> 方案F			
5	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						<input type="checkbox"/> 方案A <input type="checkbox"/> 方案B <input type="checkbox"/> 方案C <input type="checkbox"/> 方案D <input type="checkbox"/> 方案E <input type="checkbox"/> 方案F			
6	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						<input type="checkbox"/> 方案A <input type="checkbox"/> 方案B <input type="checkbox"/> 方案C <input type="checkbox"/> 方案D <input type="checkbox"/> 方案E <input type="checkbox"/> 方案F			

注意事項：

- 1、**承保對象：**法務部暨所屬各機關之員工(含編制外之臨時人員)及其眷屬或會員。首次投保本專案，需為在職員工。其眷屬僅包含配偶、員工父母、員工子女。已投保之員工，退休後於契約有效期限內仍可以續保。志工(限本人)投保，投保方案限【方案E】100萬。
- 2、**承保年齡：**本人、配偶、父母第一次承保以70足歲為限，續保最高可至85足歲；子女年齡為出生滿一個月且正常出院至23足歲在學未婚者為限。

志工(限本人)首次投保年齡最高可至75歲。原在新光人壽投保之退保人員，本公司同意受理轉保，惟逾70歲以上投保金額最高限【方案C】300萬。
- 3、投保時請檢附本投保名冊(以"戶"為單位)及繳費證明(匯款單或信用卡授權書)、身心障礙手冊正、反面影本(請說明失能部位及造成原因)。
- 4、工作內容，請明確說明，盡力避免含糊之名詞。自由業仍需詳述其工作內容，同時有兩種或兩種以上之職業(含兼業)者，應以較危險之工作內容來評估職業等級。(職業類別之認定依本公司核保準則為認定標準，本公司保留審核職業類別是否接受投保之權利。)
- 5、身故受益人限直系親屬，若無指定時，受益人為法定繼承人。未滿15足歲失能及醫療保險金之受益人為被保險人本人。
- 6、被保險人未滿7足歲者，由法定代理人代為簽子女姓名；7足歲(含)以上者，請由本人親自簽名。
- 7、本投保名冊若有塗改請被保險人於塗改處簽名。
- 8、以上為簡易說明，詳細內容及加保短期保費請參閱本專案『投保說明』。本公司保留審核職業類別是否接受投保之權利。