

## 中華郵政職工福利委員會員工及眷屬團險自費 團體傷害保險投保資料表

### 壹・參加資格及投保規定

1. 保險期間：113 年 01 月 01 日零時起至 114 年 01 月 01 日零時止，為期一年。  
本次自費案調查日期為 **113 年 02 月 01 日止**。
2. 參加資格及年齡限制及職業類別限制：限本公司所屬正式員工及其直系眷屬(配偶、子女) 且以「在台灣居留者」為限。  
(1) 員工/配偶：疾病給付險種自滿 15 足歲至 70 歲；續保最高可 **70 足歲**。  
(2) 子女：承保年齡至 **30 足歲**。  
新光人壽保險股份有限公司對被保險人所應負之責任，經新光人壽同意受理並扣款成功時，始生效力。
3. 加保：  
(1) 請填寫投保資料表，配偶及子女皆是員工者，則均應以員工身分投保，所有投保之員工及眷屬不得重複投保。例如：\*夫妻同為員工，不得互以眷屬身份再加保。\*被保險人同時具備會員及眷屬(子女)身分時，不得互以眷屬身份再加保。  
(2) **員工及眷屬中途不辦理加退保作業**，離職及退休員工其眷屬自費案保險效力可持續至該年度結束。
4. 受益人：醫療保險金受益人為事故者本人，身故保險金受益人為法定繼承人，如欲指定身故受益人，請填寫受益人相關資料。
5. 退保：眷屬欲退保者請通知新光人壽辦理退保作業，保障計算持續至該年度結束。員工投保後退休或離職，由要保單位造冊通知保險公司投保至當年度保單滿期。  
本契約的保險期間為一年，每年保險期間屆滿前，保險公司將視保單狀況重新評估調整。
6. 續保：每年保險期間屆滿前，本公司若未收到被保險人退保申請，則視為同意續保並收取新年度保費。
7. 扣款不成功通知，由新光人壽印列表單，統一寄發予保經公司，再由保經通知各個被保險人，主被保險人的住所有變更時，應即以書面通知信律保險經紀人有限公司。
8. 匯款繳交保險費聲明：由信律保經收齊「自費投保資料表+自費保費(以新壽開立收據為準)」，彙整統一向新光人壽做投保申請。

### 貳・保險內容：

計畫別(註 1)	01(註 4) 員工/配偶/15 足歲上子女	02 未滿 15 足歲子女	03 配偶/子女
團體傷害保險	200 萬	-	-
傷害醫療保險(註 2)	3 萬	3 萬	-
傷害住院日額(最高 180 日)(註 3)	1,000 元	1,000 元	1,000 元
每人保費	1,500 元	500 元	200 元

**【說明】：依主管機關實支實付型醫療保險副本理賠之控管措施 (自 108 年 11 月 8 日起實施)每一被保險人有效實支實付醫療，保險之張數上限 3 張，超過者保險公司不得再承保實支實付型醫療附約。**

- (註 1) 各計劃內容為單一選項，恕無法增加或刪除其內容。  
 (註 2) 團體傷害醫療保險-非健保身分就診自費費用 65%給付。  
 (註 3) 意外住院日額上限 180 天，骨折未住院：投保傷害住院日額\*骨折程度\*骨折別日數  
 (註 4) 主管機關規定未滿 15 歲之被保險人無身故保險金。

### 如欲參加者，請填寫下頁投保資料表

- 繳費方式為匯款者請附上匯款單影印本以利銷帳，  
 匯款帳號：中國信託銀行(代碼 822) 南高雄分行 帳號 495-540-57551-6 (戶名：信律保險經紀人有限公司)  
 續年度同意自動續保以此信用卡扣款。(信用卡授權書詳下頁)

※若有任何問題請電洽服務窗口-信律保經通訊地址：高雄市前金區中華四路 349 號 6 樓(信律保險經紀人有限公司)

- 1.業務服務窗口-台北：吳麗美 0985-333008 高雄：郭同志 0933-658308
- 2.行政、理賠諮詢窗口聯絡電話：(07)332-7259 分機 10 李佳馨、分機 11 陳秀榕、分機 16 卓俊秀  
理賠收件窗口：分機 32 黃敏晴
- 3.電子信箱：[crs0075@gmail.com](mailto:crs0075@gmail.com) 傳真：(07)334-5758、(07)331-2786
- 4.匯款帳號：中國信託銀行(代碼 822) 南高雄分行 帳號 495-540-57551-6 (戶名：信律保險經紀人有限公司)

繳費方式為匯款者，請務必附上匯款單影印本以利銷帳

## 中華郵政職工福利委員會員工及眷屬自費 團體傷害保險投保資料表

保單號碼：

保單證號：

要保單位：中華郵政職工福利委員會

**參. 員工基本資料：**

員工姓名：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_ 員工出生年月日：\_\_\_\_\_

部 門：\_\_\_\_\_ 部門別 \_\_\_\_\_ 郵局 \_\_\_\_\_ 支局 \_\_\_\_\_ 股 \_\_\_\_\_

**肆. 員工暨眷屬自費參加者投保資料：(請以正楷填寫，若填寫錯誤，請被保險人於塗改處簽名)**

項目	身份	計畫等級	被保險人親簽姓名(註1)	國籍	出生年月日	身份證字號	工作內容	法定代理人親簽姓名	年繳保費
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	員工	<input type="checkbox"/> 1							計劃 1：1,500 元
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	配偶	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3							計劃 1：1,500 元 計劃 3：200 元
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	子女	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3							計劃 1：1,500 元 計劃 2：500 元 計劃 3：200 元
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	子女	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3							計劃 1：1,500 元 計劃 2：500 元 計劃 3：200 元
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	子女	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3							計劃 1：1,500 元 計劃 2：500 元 計劃 3：200 元

**被保險人同意聲明書**

- 本人同意新光人壽保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人同意新光人壽保險公司將本要保書上所载本人資料轉送產、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。
- 本人同意新光人壽保險公司就本人之個人資料，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。

註 1：從屬被保險人如有投保死亡保險，依保險法第 105 條規定，應請被保險人親自簽名同意，被保險人未滿 18 足歲，請法定代理人簽名。  
 註 2：受益人：醫療保險金受益人為事故者本人，身故保險金受益人為法定繼承人，如欲指定身故受益人，請填寫團體保險身故保險金受益人成員(員工)地址：□□□

聯絡電話：(H)( ) \_\_\_\_\_ (O)( ) \_\_\_\_\_ 行動電話 \_\_\_\_\_

**伍. 保險費繳交方式及聲明：****※成員(員工)本人同意事項：**

- 成員(員工)本人同意以本人所持有經過授權之信用卡扣繳本保險之保費。
- 成員(員工)本人所提供之信用卡因停卡、信用額度不足等因素，致新光人壽無法扣款時，則本投保不生效力。
- 續年度信用卡扣款時，若授權之信用卡有效期限已過，成員(員工)本人應配合重填信用卡授權書，以使扣款成功。立授權書人成員(員工)本人同意授權以下列信用卡繳納被保險人之保險費。

立授權書人(員工)簽名 (須與信用卡簽名相同)	簽名：_____		
授權之信用卡卡號	_____ - _____ - _____ - _____	信用卡有效期限	西元 _____ 年 _____ 月止
信用卡卡別/發卡銀行	卡別： <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 ※大來卡、美國運通卡、VISA 金融卡不適用 發卡銀行：_____ 銀行		

此 致 新光人壽保險股份有限公司

申請日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日