

# 保誠團體險保險對象替換聲明書(B 方案)

原保險對象：\_\_\_\_\_ 君，身分證號：\_\_\_\_\_ 生日：\_\_\_\_\_

因故自願退出保誠人壽團體保險資格，確實無誤。

此 致

台中市機踏車修理業職業工會

立聲明書人：\_\_\_\_\_

印

身分證號：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

替換者資料：【 須附身分證影本 】

姓 名：\_\_\_\_\_

身分證號：\_\_\_\_\_

生日：\_\_\_\_\_

年

月

日

身分證影本

e-mail 至保誠

手改名冊

電腦檔修改

105.11.01 修

# 台中市機踏車修理業職業工會 團體保險福利計畫說明書

**欲投保本福利計畫之會員，請先詳閱本投保規定及說明**

- ◎ 承保年齡：(A)15 歲— 65 歲，可續約至75 歲(當年度止)  
(B)15 歲— 70 歲，可續約至80 歲(當年度止)
- ◎ 承保人員：(A)會員本人、非會員，限1-4 類人員(如職業等級表)  
(B) 限1-4 類人員(如職業等級表)。
- ◎ 本專案新加保者均需填寫新加保投保資料表格及詳細填寫健康聲明書。
- ◎ 罹患「心肌梗塞」、「冠狀動脈繞道手術」、「腦中風」、「慢性腎衰竭(尿毒症)」、「癌症」、「癱瘓」、「重大器官移植手術」……等 重大疾病不予承保。
- ◎ 本計畫說明僅供參考，詳細內容一切悉依本會與保險公司所簽定之保單條款為主。非健康體投保，保險公司擁有最終核保權，違反健康告知事項、職業類別限制、故意行為(自殺未遂)、現行法令規定(如酒後駕車、無照駕駛、犯罪行為、施用毒品...等)，而發生理賠事故者，保險公司得不予理賠。

本人已詳細審閱上述之各項規定，並同意願意遵守上述規定。清楚明白有關違反告知事項、職業限制、或犯罪行為，保險公司得不予理賠！

被保險人姓名：

立同意書人簽名：

身分證字號：

住 址：

中 華 民 國                      年                      月                      日