

台中市機踏車修理業職業工會 新光人壽團體保險新加保投保資料

車行序號	被保險人姓名	身分證字號	出生年月日	方案
				A 方案(計畫一)

車行名稱：_____ 工作內容：_____

地址：_____

電話：_____

手機：_____

健康聲明書(A 方案不分年齡一律填寫，B 方案不用)

單位印章：

身分證黏貼處-正面

身分證黏貼處-反面

健康聲明書 身分證影本 電腦建檔 收據單號:

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：計畫(A)15 歲— 65 歲，可續約至 75 歲(當年度止) 計畫(B)15 歲— 65 歲，可續約至 80 歲(當年度止)

◎承保人員：會員本人、非會員，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。

◎本人(被保險人)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(被保險人、要保人)同意新光人壽保險公司將本要保書上所載本人資料轉送產、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(被保險人、要保人)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」所規定之規範內，有為蒐集、處理及利用之權利。

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：

法定代理人：

中華民國 年 月 日

台中市機踏車修理業職業工會 團體保險福利計畫說明書

欲投保本福利計劃之會員，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－ 65 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：

法定代理人：

中華民國 年 月 日