

# 台灣電力工會會員 參加表

分會別：\_\_\_\_\_ 分會

日期： 年 月 日

※ 投保前請先審閱專案內容，確定符合專案的「投保資格」。

※ 「被保人簽署」請由被保險人親自簽名，「工作內容」請據實填寫，「身故受益人」必須是直系親屬，若未填寫則約定為「法定繼承人」。

※ 填寫資料如有塗改，請於塗改處簽名或蓋章，未加保者勿填寫，以免被扣款。

※ 本專案保險費由薪資扣款。

會員資料	姓 名		員工編號		聯 絡 電 話	(O) 分機				
	通訊地址		(H)							
	請勾選		行動：							
<input type="checkbox"/> 會員本人	<input type="checkbox"/> 被保人簽署		身分證字號		身故、失能保險金	大眾運輸工具	重大燒燙傷	住院日額保險金	實支實付保險金	月繳保費
	出生年月日		工作內容(含兼業)		300 萬元	100 萬元	50 萬元	1,000 元 / 90 天	1 萬元	80 元/月
	身故受益人		與會員關係							
<input type="checkbox"/> 配偶	<input type="checkbox"/> 被保人簽署		身分證字號		身故、失能保險金	大眾運輸工具	重大燒燙傷	住院日額保險金	實支實付保險金	月繳保費
	出生年月日		工作內容(含兼業)		300 萬元	100 萬元	50 萬元	1,000 元 / 90 天	1 萬元	80 元/月
	身故受益人		配偶關係							
<input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 被保人簽署		身分證字號		身故、失能保險金	大眾運輸工具	重大燒燙傷	住院日額保險金	實支實付保險金	月繳保費
	出生年月日		工作內容(含兼業)		100 萬元	100 萬元	50 萬元	1,000 元 / 90 天	1 萬元	45 元/月
	身故受益人		與子女關係							
<input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 被保人簽署		身分證字號		身故、失能保險金	大眾運輸工具	重大燒燙傷	住院日額保險金	實支實付保險金	月繳保費
	出生年月日		工作內容(含兼業)		100 萬元	100 萬元	50 萬元	1,000 元 / 90 天	1 萬元	45 元/月
	身故受益人		與子女關係							
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 配偶父母親	<input type="checkbox"/> 被保人簽署		身分證字號		身故、失能保險金	大眾運輸工具	重大燒燙傷	住院日額保險金	實支實付保險金	月繳保費
	出生年月日		工作內容(含兼業)		100 萬元	100 萬元	50 萬元	1,000 元 / 90 天	1 萬元	45 元/月
	身故受益人		與眷屬關係							
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 配偶父母親	<input type="checkbox"/> 被保人簽署		身分證字號		身故、失能保險金	大眾運輸工具	重大燒燙傷	住院日額保險金	實支實付保險金	月繳保費
	出生年月日		工作內容(含兼業)		100 萬元	100 萬元	50 萬元	1,000 元 / 90 天	1 萬元	45 元/月
	身故受益人		與眷屬關係							

保險費總計：\_\_\_\_\_

如有疑問，請電洽工會福利處或明台產物保險股份有限公司

曾佳正 先生 電話：03-3353161 分機 476

傳真：03-3359949