

員工姓名	分會別
員工編號及電子信箱	員工手機號碼
通訊地址	公司電話及分機

【員工資料】 為避免影響保戶權益，以下資料請務必正楷填寫清楚，以利通知。

被保險人資料及參加計畫別：(會員本人同意參加本計畫並授權總會自本人薪資中按月扣抵保費，保障內容及保費依總會公告為主。)

與會員關係	申請項目	被保險人親簽	身分證字號	出生日期	工作內容	計畫別	受益人姓名	與被保險人關係	法定代理人簽名
		(請字跡工整)		(民國年/月/日)	(含兼業)				
本人	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			/ /		計畫一			
配偶	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			/ /		計畫二			
子女(一)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			/ /		計畫三			未滿 18 歲須簽
子女(二)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			/ /		計畫三			未滿 18 歲須簽
子女(三)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			/ /		計畫三			未滿 18 歲須簽
父親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			/ /		計畫四			
母親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			/ /		計畫四			
配偶父親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			/ /		計畫四			
配偶母親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			/ /		計畫四			
				/ /		計畫			未滿 18 歲須簽

1. 受益人限配偶及直系親屬，若無指定時受益人為法定繼承人之順序。
 2. 受益人指定二人以上，除特別指定比例或順位給付方式外，由該項保險金之所有受益人平均分配。
 3. 被保險人親簽：未滿 7 足歲者由法代代為親簽，7 足歲(含)以上者由本人親簽。被保險人未滿 18 足歲者，需其法定代理人簽名。
- ※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式作為日後身故保險金受益人之通知依據。(受益人姓名/連絡電話/連絡地址:)

業務員 / 保險經紀人： _____

業務員登錄字號： _____

部室/駐區/通訊處： _____ / _____ / _____

申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
要保單位認證欄(請加蓋工會或各分會章)

台灣電力工會保障內容說明書

人員	計畫一	計畫五	計畫二	計畫六	計畫三	計畫七	計畫四	計畫八
	會員本人		配偶		子女(15足歲以上)		父母(含配偶父母)	
意外死亡及失能保險金	300萬	300萬	300萬	300萬	100萬	100萬	100萬	100萬
特定意外身故及失能保險金 (大眾運輸/公共場所火災/電梯意外)	100萬	100萬	100萬	100萬	100萬	100萬	100萬	100萬
重大燒燙傷	105萬	105萬	105萬	105萬	35萬	35萬	35萬	35萬
重大燒燙傷(特定意外)	35萬	35萬	35萬	35萬	35萬	35萬	35萬	35萬
傷害醫療保險金	1萬	X	1萬	X	1萬	X	1萬	X
傷害住院日額保險金 (加護病房保險金/骨折未住院保險金)	1000元	1000元	1000元	1000元	1000元	1000元	1000元	1000元
月繳保費	105	98	105	98	58	51	58	51

投保規定說明：

- 承保對象為台灣電力工會會員及其眷屬，會員必須投保，眷屬方可投保。因離職、退休等喪失被保險人資格時，請填寫不繼續參加表，其保險效力維持至該月保險費屆滿為止(眷屬保險效力同會員)。會員需符合會員資格，眷屬僅包含會員之配偶、子女、父母、配偶父母。每一被保險人不得重複投保本專案。
- 配偶、父母、配偶父母新續保年齡最高可至80足歲；子女承保年齡為15足歲至23足歲，在學未婚者可延至25足歲(請提供在學證明)。
- 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。除會員本人外，投保人員職業以第1-4類為限，第5-6類不予承保(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。)
- 加保/退保:本加入表需於每月20日前送達新光人壽(以郵戳為憑)，並經核保通過後，於次月1日零時生效。
- 本申請書若有塗改請被保險人於塗改處簽名確認，未加保者勿填寫以免被扣款。
- 如有異常名單則不予承保。(例:理賠高風險人員)
- 實支實付超額限制：

計畫五：計畫一傷害醫療實支實付超出本公司投保兩張保單，自動轉計畫五。

計畫六：計畫二傷害醫療實支實付超出本公司投保兩張保單，自動轉計畫六。

計畫七：計畫三傷害醫療實支實付超出本公司投保兩張保單，自動轉計畫七。

計畫八：計畫四傷害醫療實支實付超出本公司投保兩張保單，自動轉計畫八。

《聲明事項》

- 本人(被保險人)同意新光人壽得蒐集、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。
- 本人(被保險人、要保人)同意新光人壽將本申請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。