

本表若有修改請於修改處旁簽名或蓋章

條碼區

KK  
軛  
131

臺北市政府所屬各機關學校自費團體保險加入調查表(續保範例)

保單號碼	G123456789	要保單位	臺北市公務人員協會
------	------------	------	-----------

壹、員工本人資料【請正楷填寫；如續保欲變更資料、請填寫該欄位】

姓名	蔡 0 泰	出生日期	650505	身份證字號	A123456789
單位/部門	臺北市政府人事處	職稱	人事主任	員工編號	12345
行動電話	0912345678	通訊地址	110 臺北市信義區市府路 1 號		
單位電話	(02)23456789	電子信箱	XXX@xxx.com.tw		

貳、投保名單與基本資料【請正楷填寫】

關係	投保內容	姓名	出生日期 (民國)年/月/日	身份證字號	投保計劃		保費(元)
					去年	今年	
本人	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input checked="" type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更	蔡 0 泰	650505	A123456789		01	1975
配偶	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input checked="" type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更	蔡 0 太	670606	A234567890		01	1975
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input checked="" type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更	蔡 0 弟	900707	A133456789		01	1062
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
父親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input checked="" type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更	蔡 0 爸	390808	A100234567		01	3606
母親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						

\* 第一次投保請勾選「加保」；如續保時欲變更投保計劃請勾選「變更」。

\* 保險契約有因辦理撤銷、不同意承保或承保內容變更致生退還保險費之情事時，要保人及授權人同意國泰人壽得將應退還之保險費，匯入本授權書所約定之授權人帳戶。

本人已詳閱「保障計劃簡表」並知悉相關內容。

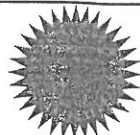
本人簽名

總保費(合計): 8618

元、員工本人親簽:

蔡 0 泰

國泰人壽內部使用			
項目	服務人員	收件日	生效日
<input type="checkbox"/> 新契約投保 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			

服務機關(蓋章處)	承辦人章	員工
	承辦人 印章	<input checked="" type="checkbox"/> 在職 <input type="checkbox"/> 已退休

國泰人壽保險股份有限公司 (團體保險自費件專用)

保險費約定付款授權暨電子單據服務申請書

本表格不得塗改若塗改請重新填寫

立授權書人(以下簡稱授權人)茲授權貴行/局/信用卡發卡機構依國泰人壽保險股份有限公司(以下簡稱國泰人壽)所提供有關要保人之保險費,自授權人之授權帳戶內自動轉帳/信用卡扣款,以交付下列保險契約之保險費,並以該帳戶做為退款之指定帳戶。

- ※簽訂本授權書後,繳交續期保險費時,一律以 **E-mail** 郵寄送金單及相關明細。
1. 國泰人壽依本授權書之 E-mail 寄發送金單、相關通知等資料;如 E-mail 有變更時,應即書面通知國泰人壽。
  2. 本授權書不論授權成功與否,均不退還。但授權不成功時,授權人須重立授權書。
  3. 保險契約如經二次扣款不成功,國泰人壽得自該期起暫停以自動轉帳/信用卡扣款,請您繳交自欠繳之該期起至應繳之當期止之保險費(月繳者須繳至應繳當月),國泰人壽將自您繳足保險費後恢復自動轉帳/信用卡扣款。

■ 新投保件    □ 變更申請    申請日期: 民國 104 年 3 月 1 日

約 保 險 契	要保單位	公司行號名稱: 臺北市公務人員協會									
	保單號碼 (或受理編號)	G	1	2	3	4	5	6	7	8	9

要保單位確認事項:	要保單位簽章
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 您的簽章即表示同意申請本保單之電子單據服務且瞭解並同意本申請書背頁「保險費約定付款授權暨電子單據服務約定條款」,國泰人壽將以電子郵件【E-mail】方式提供送金單、相關通知等資料,如需紙本,請另與服務人員聯繫。</li> <li>3. 您的簽章即表示確已審閱並瞭解本授權書背頁有關「個人資料保護法應告知事項」。</li> </ol>	<p>不需要保單位蓋章</p> <p>請優先選擇信用卡扣款,若選擇郵局請提供郵局存摺帳戶封面頁及印鑑頁影本並留意帳戶餘額本公司將以半年繳扣款</p>

授 權 帳 戶 / 信 用 卡	<input type="checkbox"/> 郵政存簿儲金    局號: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> 帳號: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> 信用卡    卡號: <b>1 2 3 4 - 5 6 7 8 - 0 0 0 0 - 0 0 0 1</b> 發卡機構: <u>國泰世華</u> 銀行有效期限: <b>0 8</b> 月 <b>1 4</b> 年至 <b>0 8</b> 月 <b>2 0</b> 年 <small>※本授權書僅適用於 VISA、MASTER、JCB 及聯合信用卡;信用卡若因掛失、停用、換卡、升級等原因重新發卡,卡號或有效期限因而有異動者,請主動聯繫服務人員。</small>

授 權 人 資 料	授權人限員工本人(且該員工須為本保單之被保險人)										
	授權人姓名	蔡 0 泰									
	身分證字號	A	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	出生年月日	民國 65 年 5 月 5 日									
	聯絡電話	02-23456789									
	行動電話	0912345678									
E-mail	XXX@xxx.com.tw (請務必詳實填寫電話及 E-mail)										

存款銀行核對印鑑											
主管						經辦					

以下由「送件人」填寫										以下由「國泰人壽」填寫									
送件人(確認人)簽名										受理單位:									
送件人身分證字號										主管(覆核)					經辦				
送件人連絡方式										電話(手機)									

\*000161\*                      \*10403\*

\*000161\*                      \*10403\*