

團體保險自費件加入調查表

保單號碼		要保單位	彰化基督教醫院職工福利委員會
------	--	------	----------------

壹、員工本人資料【請正楷填寫；如續保欲變更資料請另填寫契約變更申請書】

姓名	出生日期	身分證字號
單位/部門	職稱	員工編號
連絡地址	□□□	
連絡電話/ 手機號碼	(手機號碼必填)	E-MAIL 信箱

貳、投保名單與基本資料【請正楷填寫】(註)

※員工本人手機號碼為必填

身份關係	申請事項	姓名及簽署	出生年月日	職業類別	投保等級	身故或喪葬費用保險金受益人指定如下：(如不指定受益人，依要保書約定) □地址/電話同員工本人 【保險契約條款已有約定者，依所約定之內容辦理】		
			身分證字號	工作內容		姓名：	身分證字號：	電話：
本人	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更					姓名：	身分證字號：	電話：
						關係：	地址：	
配偶	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更					姓名：	身分證字號：	電話：
						關係：	地址：	
						<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (1) 次年度起若依原條件續保，授權由員工本人於數位平台代為續保及繳費。(2) 通訊資料若有異動，授權由員工本人於數位平台代為辦理變更。(若未勾選，視為不同意)(若其中一項不同意，則不應勾選同意)		
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更					姓名：	身分證字號：	電話：
						關係：	地址：	
						<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (1) 次年度起若依原條件續保，授權由員工本人於數位平台代為續保及繳費。(2) 通訊資料若有異動，授權由員工本人於數位平台代為辦理變更。(若未勾選，視為不同意)(若其中一項不同意，則不應勾選同意)		
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更					姓名：	身分證字號：	電話：
						關係：	地址：	
						<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (1) 次年度起若依原條件續保，授權由員工本人於數位平台代為續保及繳費。(2) 通訊資料若有異動，授權由員工本人於數位平台代為辦理變更。(若未勾選，視為不同意)(若其中一項不同意，則不應勾選同意)		
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更					姓名：	身分證字號：	電話：
						關係：	地址：	
						<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (1) 次年度起若依原條件續保，授權由員工本人於數位平台代為續保及繳費。(2) 通訊資料若有異動，授權由員工本人於數位平台代為辦理變更。(若未勾選，視為不同意)(若其中一項不同意，則不應勾選同意)		

註：本調查表之「投保名單與基本資料」如與「國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書」所載內容不同時，則依「國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書」所載內容為準。

- ✦ 第一次投保請勾選「加保」；如續保時欲變更投保等級/計畫，請勾選「變更」，並填寫變更後之投保等級/計畫。
- ✦ 保險契約有因未達五人無法成單、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，匯入國泰人壽「保險費約定付款授權暨電子單據服務申請書」所約定之授權人帳戶。
- ✦ 受益人：員工之身故保險金受益人或喪葬費用保險金受益人，以指定家屬或其法定繼承人為限；醫療保險金受益人限被保險人本人。如未填寫受益人之聯絡電話及地址時，國泰人壽將於保險事故發生後，以要保人最後留存於國泰人壽之聯絡方式通知身故保險金受益人。身故保險金受益人約定為法定繼承人時，以被保險人身故時之法定繼承人為準，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定。
- ✦ 個人資料保護法應告知事項：國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料(包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址、病歷、醫療及健康檢查等資料)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內、外供予國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務據點或利用國泰人壽客戶專線(市話請撥打免費專線:0800-036599, 手機請改撥付費電話:02-4128-010)詢問有關查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除等個人資料權利行使之方式，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，國泰人壽將無法提供您完善的服務。
- ✦ 本人同意國泰人壽得以本調查表所留存之聯絡資訊(包括但不限於手機號碼、市話號碼、E-mail或地址等)，作為日後提供各項服務權益及通知使用；除以前述方式通知外，亦得由服務人員轉交相關資料。

本人已詳閱並知悉投保相關內容，且確認上述資料無誤，員工本人親簽：_____

國泰人壽內部使用	項目	姓名、登錄證字號、手機號碼	收件日	生效日	經辦受理
	<input type="checkbox"/> 新契約續保 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	(送件人)			

要保單位章	承辦人章	員工
		<input type="checkbox"/> 在職 <input type="checkbox"/> 退休

※要保單位欄位如未用印，應由送件人確認證明文件屬實。如有不實致公司受損，願負賠償責任。



700097

11403 版