

要保單位：內政部消防署

填寫範例 如有塗改，煩請被保人於塗改處旁簽名

成員(員工)本人資料表

範例資料僅供參考，請依實際填寫個人完整資訊

服務單位	OO	局 / XX	大隊 / VV	分隊	
姓名	王大壯	單位電話/分機	07-3XXX119	手機	09XX-XXXXXX
個人電子信箱	strongwangxx@gmail.com		公務信箱	00000	
通訊地址	高雄市OO區OO路OO巷OO號				

◎投保計劃與保費：

險種/保險計劃(註1)	員工 計劃一	員工 計劃二	員工 計劃三	員工 計劃四	眷屬 計劃五 (配偶、15歲以上子女、父母)	眷屬 計劃六 (配偶、滿15歲以上子女、父母)	眷屬 計劃七 (未滿15歲子女)	眷屬 計劃八 (未滿15歲子女)
團體傷害保險	400萬	400萬	300萬	300萬	100萬	100萬	69萬	
團體傷害保險 (失能保險金)	60~400萬	60~400萬	15~300萬	15~300萬	5萬~100萬	5萬~100萬	3.45萬~69萬	
重症燒燙傷 (詳:團體傷害保險條款第八條)	140萬	140萬	105萬	105萬	35萬	35萬	24.15萬	
團體傷害住院日額 (含骨折未住院)(註2)	2,000元	2,200元	2,000元	2,200元	1,000元	1,100元	1,000元	1,100元
團體傷害醫療保險 (實支實付)(註3)	5萬		5萬		2萬		2萬	2萬
團體傷害加護病房日額-定額 (45天為限)	4,000元 (含意外住院日額)	4,400元 (含意外住院日額)	4,000元 (含意外住院日額)	4,400元 (含意外住院日額)	2,000元 (含意外住院日額)	2,200元 (含意外住院日額)	2,000元 (含意外住院日額)	2,200元 (含意外住院日額)
保費	4340元	4340元	3530元	3530元	1270元	1270元	1270元	1270元

【說明】：依主管機關實支實付型醫療保險副本理賠之控管措施(自108年11月8日起實施)每一被保險人有效實支實付醫療保險之張數上限3張，超過者保險公司不得再承保實支實付型醫療附約。上述計劃實支實付傷害醫療保險之保障同意變更增加團體傷害住院日額200元(如計劃二、計劃四)及100元(如計劃六、計劃八)。

(註1) 各計劃內容為單一選項，恕無法增加或刪除其內容。

(註2) 意外住院日額上限90天，骨折未住院：投保傷害住院日額*骨折程度*骨折別日數。(註3) 團體傷害醫療保險-非健保身分就診自費費用65%給付。

(註4) 主管機關規定未滿15歲之被保險人僅得給付喪葬費用且上限為69萬元；如投保計劃七經查詢另有投保其他保險公司含喪葬補助費給付之保險者，同意變更為計劃八；如投保計劃七、八於投保年度內滿15歲者，請務必於屆齡前親簽本投保資料表申請變更為計劃五或六。

(註5)：計劃二:計劃一住院醫療實支實付超出三張，自動轉計劃二;計劃四:計劃三住院醫療實支實付超出三張，自動轉計劃四;計劃六:計劃五住院醫療實支實付超出三張，自動轉計劃六;主管機關規定未滿15歲之被保險人僅得給付喪葬費用且上限為69萬元；如投保計劃七經查詢另有投保其他保險公司含喪葬補助費給付之保險者，同意變更為計劃八。

申請	身份	被保險人		國籍 (本國免填)	出生日期 年/月/日	身分證字號	職業類別 (工作性質)	投保計畫
		姓名(親簽)						
<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	成員 (員工)	王大壯			66/07/15	E12XXXXXXX	文書	<input checked="" type="checkbox"/> 計劃一 <input type="checkbox"/> 計劃二 <input type="checkbox"/> 計劃三 <input type="checkbox"/> 計劃四
<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	配偶	林小美			68/06/03	E22XXXXXXX	行政	<input checked="" type="checkbox"/> 計劃五 <input type="checkbox"/> 計劃六
<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	父母	王阿明			46/04/10	S12XXXXXXX	退休	<input checked="" type="checkbox"/> 計劃五 <input type="checkbox"/> 計劃六
<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	父母	王陳月英			47/07/01	F12XXXXXXX	家管	<input checked="" type="checkbox"/> 計劃五 <input type="checkbox"/> 計劃六
<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	子女	王乖乖			97/09/01	E12XXXXXXX	學生	<input checked="" type="checkbox"/> 計劃五 <input type="checkbox"/> 計劃六 <input type="checkbox"/> 計劃七 <input type="checkbox"/> 計劃八 15歲以上子女
<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	子女	王巧巧			103/12/30	E22XXXXXXX	學生	<input type="checkbox"/> 計劃五 <input type="checkbox"/> 計劃六 <input checked="" type="checkbox"/> 計劃七 <input type="checkbox"/> 計劃八
<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	子女	王寶貝			110/02/18	E22XXXXXXX	幼童	<input type="checkbox"/> 計劃五 <input type="checkbox"/> 計劃六 <input checked="" type="checkbox"/> 計劃七 <input type="checkbox"/> 計劃八

※18足歲以下法定代理人簽名：王大壯

◎投保須知：保險費一律採年繳，限以員工本人所持有信用卡繳納保險費。投保第一年度，未滿一年者，按月數收取保費。

一、保險期間：113年4月1日零時起至114年3月31日午夜12時止。

1. 參加資格：限全國各消防機關(包含消防、職員、工友、技工、駕駛、短期約聘等人員)及其配偶、父母(含繼父母)、子女，眷屬職業類別限1~4類且以「在台灣居留者」為限。
2. 本次自費案首期收件截止日為113年3月31日止。投保文件須經保險公司核保通過後始生效力。
3. 投保所需檢附文件：申請新加入本自費專案之被保險人，均需填寫投保資料表(需正本)。
4. 條件限制：員工本人需加保，眷屬始得申請加保，若員工本人核保未通過，不影響眷屬加保之權益；配偶及子女皆是員工者，則均應以員工身分投保，所有投保之員工及眷屬不得重複投保。例如：*夫妻同為員工，不得互以眷屬身份再加保。*被保險人同時具備會員及眷屬(子女)身分時，不得互以眷屬身份再加保。
5. 員工本人：投保年齡上限為75歲。
6. 配偶及父母：投保年齡上限為75歲，續保最至75足歲。
7. 未滿15足歲子女：限出生正常且健康出院至未滿15足歲。滿15足歲以上子女：承保年齡自滿15足歲，續保至30足歲。
8. 受益人：失能及醫療保險金受益人為事故者本人，身故保險金受益人為法定繼承人。
9. 正式成員(員工)投保後離職或脫離非屬全國各級消防機關，不具正式成員(員工)資格者，則不再屬於本專案之投保對象，已投保新光人壽各團體保險專案且仍具效力者，不得參加本專案。

二、各項變更：

1. 每逢本團體保險契約續保期間，可申請辦理變更。如新加保、退保等。
2. 加保作業時間：每月15日前填寫投保資料表(需正本)送達宏康保經/辦理，若有補辦事項請於當月20日前完成寄達本公司並核保通過者，保障生效日期為完成審核日之次月1日生效，若未於補辦時間內完成者即不受理。本公司對被保險人所應負之責任，經本公司受理同意且經核保通過後始生效力。
3. 退保：本團保專案為一年期中途無法辦理退保，續保當年度之被保險人，達本合約內各險種之最高投保年齡時，新光人壽即辦理該被保險人之退保作業。
*當員工退休或離職時保障繼續承保至契約年度終止，其全戶眷屬保障亦同時承保至契約年度終止。
4. 續保：每年保險期間屆滿前，經本公司與宏康保經/確認續保後，宏康保經/若未收到被保險人退保申請，則視為同意續保並收取新年度保費。
其它未盡事宜或疑義，概以新光人壽及宏康國際保險經紀人股份有限公司與內政部消防署簽訂之團體保險契約所載全部事項及保單條款為依據。

三、聲明事項：

1. 本人同意新光人壽保險公司及宏康國際保險經紀人股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
2. 本人同意新光人壽保險公司及宏康國際保險經紀人股份有限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。
3. 本人同意新光人壽保險公司及宏康國際保險經紀人股份有限公司就本人之個人資料，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。
4. 扣款不成功通知：由新光人壽印列表單，統一寄發予保經公司，再由保經通知各個被保險人，主被保險人的住所有變更時，應即以書面通知宏康國際保險經紀人股份有限公司。
5. 匯款繳交保險費聲明：由宏康國際保經收齊「自費投保資料表+自費保費(以新壽開立收據為準)」，彙整統一向新光人壽做投保申請。

□繳費方式為匯款者，請務必附上匯款單影印本以利銷帳。

匯款帳號：合作金庫銀行(代碼006) 前金分行 帳號:1003717133300 (戶名：宏康國際保險經紀人股份有限公司)

續年度同意自動續保以此信用卡扣款。

內政部消防署團體保險自費專案信用卡授權書

成員(員工)姓名 王大壯 本人同意事項：

1. 成員(員工)本人同意以本人所持有經過授權之信用卡扣繳本保險之保費。
2. 成員(員工)本人所提供之信用卡因停卡、信用額度不足等因素，致新光人壽無法扣款時，經相當期間催告後仍未給付，則本投保不生效力。
3. 續年度信用卡扣款時，若授權之信用卡有效期限已過，成員(員工)本人應配合重填信用卡授權書，以使扣款成功。立授權書人成員(員工)本人同意授權以下列信用卡繳納被保險人之保險費。

授權之信用卡資料

發卡機構：00 銀行 卡別：VISA Master Card JCB 聯合信用卡

卡號：0000 — 0000 — 0000 — 0000 信用卡有效期限：西元 2030 年 12 月止

持卡人身份證字號：E1XXXXXXX

請留意有效期限預留半年以上供核保後扣款

立授權書人(持卡人)簽名：(須與信用卡簽名樣式相同) wang

此 致 新光人壽保險股份有限公司

申請日期：中華民國 000 年 00 月 00 日

※若有任何問題請電洽服務窗口-宏康保經，通訊地址：801740高雄市前金區中華四路349號6樓(宏康國際保險經紀人有限公司)

1. 業務服務主管-李育豪0973-602357 郭同志0933-658308
2. 行政、理賠諮詢窗口聯絡電話：(07)332-7259 分機11陳秀榕 分機10李佳馨 分機16卓俊秀 理賠收件窗口：分機32 黃敏晴
3. 電子信箱：hk0668888@gmail.com 傳真：(07)334-5758、(07)331-2786