

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

內政部警政署自費團體保險加保申請書

114.10 月修訂版

要保單位：內政部警政署

成員(員工)本人資料表

服務單位	局 / 分局 / 所				
姓名	身份證字號		生日		
	單位電話/分機		手機		
個人電子信箱			警用信箱		
通訊地址					

◎投保計劃與保費：

險種/保險計劃(註1)	計劃一 員工	計劃二 配偶、父母、子女	計劃三(註5) (未滿15歲子女)	計劃四 (未滿15歲子女)	計劃五 員工	計劃六 配偶、父母、子女	計劃七(註5) (未滿15歲子女)	計劃八(註5) (未滿15歲子女)
團體傷害保險	350萬	200萬	69萬		350萬	200萬	69萬	
團體傷害保險(失能保險金)	5萬~350萬	5萬~200萬	3.45萬~69萬		5萬~350萬	5萬~200萬	3.45萬~69萬	
新重大燒燙傷	87.5萬	50萬	50萬		87.5萬	50萬	50萬	
團體傷害住院日額(含骨折未住院)(註2)	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元
團體傷害醫療保險(實支實付)(註3)	5萬	5萬	5萬	5萬				
團體傷害加護病房日額-定額(60天為限)	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元
每人年繳保費	2,780元	1,980元	1,980元	1,980元	2,780元	1,980元	1,980元	1,980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為 3 張，超過者保險公司不再承保實支實付型傷害醫療保險，但其他保障項目及保費維持不變。本公司將依核保結果主動調整計畫別(五,六,七,八)且不另行通知。

(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) 團體傷害住院日額上限90天，骨折未住院：傷害住院日額保險金日額*骨折程度*骨折別日數

(註3) 團體傷害醫療保險-非健保身分就診以實際醫療費用的65%給付。

(註4) 未滿15歲之被保險人僅得給付喪葬費用保險金且上限為69萬元；如投保計劃三經查詢另有投保其他保險公司含喪葬費用保險金之保險者，同意變更為計劃別四(實支逾3張變更為計劃七或八)且於投保年度內滿15足歲者，請務必於屆齡前親簽本投保資料表申請變更為計劃二或六。

申請	身份	被保險人	國籍 (本國免填)	出生日期	身分證字號	職業類別 (工作性質)
		姓名(親簽)		年/月/日		
<input type="checkbox"/> 加保	員工					
<input type="checkbox"/> 加保	配偶					
<input type="checkbox"/> 加保	父母					
<input type="checkbox"/> 加保	父母					
<input type="checkbox"/> 加保	子女					
<input type="checkbox"/> 加保	子女					
<input type="checkbox"/> 加保	子女					

*18足歲以下子女請法定代理人簽名：_____

職業類別請勿僅填寫軍、工、商、駕駛，航空業，請詳述工作內容(例:義務役、空軍地勤、海軍內勤(軍種)、超商店員、計程車駕駛(車種)、航空公司地勤人員。)

投保須知：

1. 保險費一律採年繳，限員工本人或被保險人以所持有之信用卡或現金繳納保險費。投保第一年度，未滿一年者，按月數收取保費。
2. 保險期間：115年1月1日零時起至115年12月31日午夜12時止，為期一年。
3. 參加資格：限全國各警察機關(包含員警、職員、工友、技工、駕駛、短期約聘等)人員，及其配偶、父母、子女、配偶父母
4. 眷屬加保之職業類別限1~4類且以「在台灣居留者」為限。(外籍人士請檢附居留証)
5. 本次自費案收件截止日為114年12月15日止。填寫此加入表送交所屬單位總局人事列表送件，投保文件須經保險公司核保通過後始生效力。
6. 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)。條件限制：員工本人需加保眷屬始得申請加保；眷屬亦為員工者，則均應以員工身分投保，被保險人同時具備員工及眷屬身分時，不得互以眷屬身份再加保。例如：*父母及子女或配偶同為員工，不得互以眷屬身份再加保。
7. 承保年齡：員工本人：投保年齡上限為66足歲。配偶、父母、配偶父母：投保年齡上限為70歲，續保至80足歲。子女：限出生正常且健康出院承保至30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. 員工投保後離職或脫離內政部警政署或中央警察大學所屬機構，不具正式成員(員工)資格者，不再屬於本專案之投保對象，眷屬須一同辦理退保。

一、各項變更：

1. **中途加保**作業時間：每月20日前填寫投保資料表(需正本)送達保險公司辦理，若有補辦事項請於當月25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，經本公司受理且經核保通過後始生效力。

2. 退保：本團保專案除離職或退休外，**中途不可申請退保**。

二、加保申請書務必親自簽名並將正本繳回至美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司。

三、續保：續年度申請書未回者，視同同意依本年度投保內容繼續投保。

四、其它未盡事宜或疑義，概以內政部警政署簽訂之團體保險契約所載全部事項及保單條款為依據。

五、聲明事項：

1. 本人(被保險人)同意美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司得蒐集、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(被保險人)同意美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司將本加保申請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(被保險人)同意美商安達產物保險股份有限公司台灣分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。

六、聲明事項：

1. 主被保險人之有契約變更需求時，應即以書面通知美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司。
2. 「自費加保申請書+現金匯款證明」由警政署各單位彙整統一向美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司做加保申請。核保完成經確認收到保費後，美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司將寄送保險證及繳款收據給各被保險人。

☐ 繳費方式為匯款者，**請上全國繳費網完成付款。(付款完成檢附繳費證明)**

Step 1: 點選[保險費/勞工退休金]

Step 2: 點選[保險費]

Step3-1: 保險業者依據繳付保費所屬商品下拉選單，選擇[美商安達產物保險(健康與傷害險專區)]

Step3-2: 輸入[銷帳編號]16碼及[繳款金額]後確認送出

範例: 68165[銷帳編號]+01 (ID 英文字母轉換成數字)+123456789 (ID 後9碼)

則16碼銷帳編號為6816501123456789

☐ 繳費方式為信用卡者，請填寫以下授權書，並**同意以此卡繳付續期保費**。

內政部警政署團體保險自費專案信用卡授權書

本人同意事項：

1. 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. 本人所提供之信用卡因停卡、信用額度不足等因素，致美商安達產物無法扣款時，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，本人應配合重填信用卡授權書，以使扣款成功。

立授權書人 ☐要保人 ☐被保險人 同意授權以下列信用卡繳納被保險人之保險費。(立授權書人框請務必勾選)

授權之信用卡資料

發卡機構：_____銀行 卡別：☐VISA ☐Master Card ☐JCB

卡號：_____ - _____ - _____ - _____ 信用卡有效期限：_____ / _____ (MM/YY)

持卡人身份證字號：_____

立授權書人(持卡人)簽名：(須與信用卡簽名樣式相同) _____

此致 美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

申請日期：中華民國_____年_____月_____日

業務服務窗口：

1. 行政、理賠諮詢窗口聯絡電話：(07)332-7259 分機10李佳馨、分機11陳秀榕、分機20朱智憶、分機16卓俊秀；
理賠收件窗口：分機32 黃敏晴
2. 電子信箱：hk0668888@gmail.com；傳真：(07)334-5758、(07)331-2786；
警政署團保行政及理賠諮詢服務lineID:@366qsaky