

財團法人台灣電力股份有限公司

職工福利委員會

退休人員參加團體保險計畫申請書暨說明書

各單位
人資用印

員工資料：

(華南保險參加表)

員工姓名		單位別	
電子信箱		員工手機號碼	
通訊地址		家用電話號碼	

被保險人資料及參加計畫別：

(員工本人及眷屬同意參加本計畫，保障內容及保費依公告為主。)

與員工 關係	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			/ /		計畫一			
配偶			/ /		計畫一			
子女(一)			/ /		計畫			未滿20歲須簽
子女(二)			/ /		計畫			未滿20歲須簽
子女(三)			/ /		計畫			未滿20歲須簽

1. 受益人限直系親屬，若無指定時受益人為法定繼承人之順序。未滿15足歲失能及醫療保險金之受益人為被保險人本人。
 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20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：)

投保規定說明：

1. 承保對象為台灣電力股份有限公司退休員工及其配偶、子女。退休員工需加保眷屬始得加保。每一被保險人不得重複投保本專案。
2. 退休員工及其配偶新保年齡最高可至70足歲，續保可至80足歲。子女承保年齡為出生滿一個月且正常出院至23足歲，在學未婚者可延至25足歲(請提供在學證明)。
3. 投保時請檢附本申請書(以"戶"為單位)；如領有身心障礙手冊，請檢附正、反面影本(請說明機能障礙部位及造成原因)。
4. 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。投保人員職業以第1-2類為限(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。)
5. 滿15足歲之子女限投保計畫二；未滿15足歲之子女限投保計畫三(不含身故保險金)。
6. 本申請書若有塗改請被保險人於塗改處簽名確認。