

被保險人投保名冊

要保人：中華民國全國公務人員協會

投保單位：_____（機關名稱）、_____（科、組、室）

員工地址：

聯絡電話：_____ 行動電話：_____

E-mail：_____

序號	姓名 (請字跡工整)	身份證字號	出生年月日	與主被保險人(員工)關係	工作內容	方案別	受益人姓名	受益人關係	被保險人簽名 (請親簽)	法定代理人簽名 (子女未滿20足歲者 需由法代簽名)
1										
2										
3										
4										
5										
6										

注意事項：

- 1、承保對象：中華民國全國公務人員協會之會員(限正常在職者，不含工讀生)及配偶、子女、父母。
- 2、承保年齡：本人、配偶、父母第一次承保以70足歲為限，續保最高可至85足歲；子女年齡為出生滿一個月且正常出院至20歲**在學未婚**者為限，在學者最高可至23足歲。
- 3、會員本人申請投保且經過核保審核通過後，眷屬方可投保。**眷屬保額不可高於員工。父母限投保方案B、子女限投保方案B、C(未滿15足歲)。**
- 4、投保時請檢附本投保名冊**(以"戶"為單位)**及繳費證明(匯款單或信用卡授權書)、身心障礙手冊正、反面影本(請說明殘障部位及造成原因)。
- 5、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。(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。)
- 6、身故受益人限直系親屬，若無指定時，受益人為法定繼承人。**未滿15足歲失能及醫療保險金之受益人為被保險人本人。**
- 7、被保險人未滿7足歲者，由法定代理人代為簽子女姓名；7足歲(含)以上者，請由本人親自簽名。
- 8、**本投保名冊若有塗改請被保險人於塗改處簽名。**