

本表若有修改，請於修改處旁簽名或蓋章

團體保險自費件加入調查表

Table with 2 rows: 保單號碼 G30810-00, 要保單位 臺北市公務人員協會

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】

Table with 6 columns: 姓名 蔡○泰, 出生日期 650505, 身分證字號 A123456789, 單位/部門 臺北市政府人事處, 職稱 人事主任, 員工編號 12345, 連絡地址 臺北市信義區市府路○號, 連絡電話/手機號碼 (02)23456789/0912345789, E-MAIL信箱 XXX@XXX.COM.TW

貳、投保名單與基本資料【請正楷填寫】(註)

Table with 6 columns: 身份關係, 申請事項, 姓名及簽署, 出生年月日/身分證字號, 投保等級/計劃, 身故或喪葬費用保險金受益人指定如下...

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。
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...
本人同意國泰人壽得以本申請書所留存之聯絡資訊(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： 蔡○泰

Table with 5 columns: 項目, 送件人姓名、ID、手機號碼, 收件日, 生效日, 經辦受理

Table with 3 columns: 要保單位章, 承辦人章, 員工. Includes text: 此欄不須用印填寫, V 在職, 退休

700097 *10901*