



中華郵政工會 540 一年期團體保險投保說明書

一、投保對象及投保計劃一覽表：(投保規定請詳閱下方**注意事項**)

投保對象	會員(限在職且未滿 65 足歲)	配偶(限未滿 65 足歲)	子女	
			未滿 15 足歲	15 足歲以上
計劃別	可選計劃一～三	可選計劃一～三	限選計劃一 【保險費 1550 元】	限選計劃一 【保險費 2940 元】

二、投保內容：

保險給付／計劃別		計劃一		計劃二	計劃三
		未滿 15 足歲	15 足歲以上		
定期壽險	身故保險金、完全失能保險金	--	100 萬元	100 萬元	100 萬元
傷害保險	身故保險金(限意外)	--	100 萬元	200 萬元	300 萬元
	失能保險金(依失能等級表)	5~100 萬元	5~100 萬元	10~200 萬元	15~300 萬元
	重症燒燙傷保險金	35 萬元	35 萬元	70 萬元	105 萬元
	特定 傷害事故 (另加)	身故保險金(限意外) 失能保險金(依失能等級表) 重症燒燙傷保險金	-- 5~100 萬元 35 萬元	100 萬元 5~100 萬元 35 萬元	200 萬元 10~200 萬元 70 萬元
重大疾病保險	重大疾病保險金(一次為限)	3 萬元	3 萬元	6 萬元	9 萬元
住院日額	住院醫療日額保險金(最高 365 日)	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日
	加護病房保險金(同事故最高 14 日；另加)	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日
	骨折未住院保險金	須提供 X 光片(光碟)由保險公司審核骨折程度，依骨折日數表核付			
癌症保險	癌症身故保險金	25 萬元	25 萬元	25 萬元	25 萬元
	癌症手術醫療保險金	住院:2 萬元/次 門診:4 仟元/次	住院:2 萬元/次 門診:4 仟元/次	住院:2 萬元/次 門診:4 仟元/次	住院:2 萬元/次 門診:4 仟元/次
	癌症住院醫療保險金	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日
	癌症門診醫療保險金(每一保單年度限 90 日)	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日
	癌症出院後療養保險金(每次最高 21 日)	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日
年繳保險費		1,550 元	2,940 元	3,480 元	4,020 元

注意事項：

- 1、本專案採套裝組合方式投保，但保險公司得依核保條件及被保險人健康狀況核定承保項目。
- 2、會員投保後，眷屬始可加保(請同時加入)；眷屬計劃別不得大於會員本人。
- 3、保單週年日被保險人滿 15 足歲者始有傷害保險全部保障並可投保定期壽險。
- 4、外籍配偶限投保傷害保險 100 萬元及重大疾病保險 3 萬元，其他險種不得加保。
(需提供護照影本含英文全名+國籍+護照號碼)
- 5、新加保請檢附健康聲明書，61 歲(含)以上者請加附六個月內普通體檢報告。
【普通體檢報告需具備：心跳、身高、體重、血壓、驗尿(尿蛋白+尿糖)】

規劃服務／**寶祥保險經紀人**股份有限公司 電話／(02)2231-6319 傳真／(02)2231-6204
 23444 新北市永和區保生路 1 號 12 樓之 6 email : pro.ins@msa.hinet.net
 www.proinbro.com.tw



中華郵政工會 540 一年期團體保險投保說明書

三、保險範圍說明：

1. 定期壽險：被保險人於本契約有效期間內發生永久完全失能或死亡時，新光人壽依照「二、投保內容」表給付保險金。
2. 傷害保險：(1)被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致失能、重症燒燙傷或死亡時，新光人壽依照「二、投保內容」表給付保險金。所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外來突發事故。訂立本契約時，以未滿十五足歲之未成人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五足歲之日起發生效力。
(2)「重症燒燙傷」係指由火焰、化學物品、電器、輻射能、爆炸、或高溫造成皮膚損傷或肺功能障礙，其嚴重程度達保單條款所列四種情形之一者，且自意外傷害事故發生日起第 15 日仍生存者而言。
(3)「特定傷害事故」係指非由疾病引起之外來突發的「大眾運輸交通工具意外」、「公共場所火災意外」、及「電梯意外」事故。
3. 重大疾病保險：被保險人於本附加條款有效期間內發生保單條款約定之「重大疾病」時，新光人壽依照「二、投保內容」表給付保險金。(限領一次為限)
「重大疾病」係指生效日(或加保日)起持續有效九十日後初次發生並經醫院醫師診斷確定符合之下列七項疾病定義：
1. 冠狀動脈繞道手術、2. 急性心肌梗塞(重度)、3. 末期腎病變、4. 腦中風後障礙(重度)、5. 癱瘓(重度)、6. 癌症(重度)、7. 重大器官移植或造血幹細胞移植。
4. 住院日額：(1)被保險人於本契約有效期間內因疾病或傷害住院、或於加護病房接受診療時，新光人壽依照「二、投保內容」表給付保險金。前述「疾病」是指被保險人自生效日起經過三十日以後所發生之疾病。
(2)被保險人於本附加條款有效期間內遭受非由疾病引起之外來突發事故，經醫師診斷確定致成保單條款所列骨折別項目之一且未住院治療者，或已住院但未達到骨折別所定日數表，其未住院部分新光人壽依條款約定給付「骨折未住院保險金」。
5. 癌症保險：被保險人於本契約始期日起算第三十一日起，經醫院診斷確定罹患癌症者，新光人壽依照「二、投保內容」表給付保險金。

四、除外責任(不理赔項目)：

- 1 定期壽險：①要保人故意致被保險人於死。②被保險人故意自殺或自成永久完全失能。但被保險人連續投保滿二年後故意自殺致死者，本公司仍負給付「身故保險金」之責任。③被保險人因犯罪處死或拒捕或越獄致死或致成永久完全失能。
- 2 傷害保險及住院日額之骨折未住院：●除外責任：①要保人、被保險人的故意行為。②被保險人犯罪行為。③被保險人飲酒後駕(騎)車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。④戰爭(不論宣戰與否)、內亂及其他類似的武裝變亂。⑤因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。
●不保事項：①被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。
②被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。
- 3 重大疾病保險：①被保險人之故意行為(包括自殺及自殺未遂)。②被保險人之犯罪行為。③被保險人非法施用防制毒品相關法令所稱之毒品。
- 4 住院日額：①被保險人之故意行為(包括自殺及自殺未遂)。②被保險人之犯罪行為。③被保險人非法施用防制毒品相關法令所稱之毒品。④美容手術、外科整型。但為重建其基本功能所作之必要整型，不在此限。⑤外觀可見之天生畸形。⑥健康檢查、療養、靜養、戒毒、戒酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者。⑦懷孕、流產或分娩及其併發症，但部份情形不在此限。⑧不孕症、人工受孕或非以治療為目的之避孕及絕育手術。

五、保險效期：

保險效期為期一年，期間雖中途離職、退休，其效力仍延至保險屆滿日止(如已離開郵政單位仍繼續投保，保險無效)。

會員本人連續投保 3 年以上退休者(生效日前滿 65 歲視同退休)，會員本人【最高限傷害險 300 萬及重大疾病 9 萬】得續保至 75 足歲之保險屆滿日止(不含配偶及子女)。

(傷害險 100 萬+重大疾病 3 萬=保費 540 元/傷害險 200 萬+重大疾病 6 萬=保費 1080 元/傷害險 300 萬+重大疾病 9 萬=保費 1620 元)

六、續保規定：

本公司將於保險期滿日前以平信/e-mail 寄發續保通知，通訊地址/電子信箱如有異動請更正。

七、特別說明：

①本保險內容及電腦檔案，如與被保險人投保時所填寫之資料表內容不符時，以後者為準。但仍須符合投保對象及保額之規定。

②一切權利義務，悉以專案內容、團體保險保單所載事項及條款為依據。

八、保險文件：

自生效日起 30 日內寄達指定地址

九、承保公司：

新光人壽保險股份有限公司

十、規劃服務：

寶祥保險經紀人股份有限公司

電話：(02)2231-6319 0800-000-559/傳真：(02)2231-6204

地址：23444 新北市永和區保生路 1 號 12 樓之 6

e-mail：pro.ins@msa.hinet.net www.proinbro.com.tw

【本說明僅供參考，詳細內容請參閱保單條款之規定。】

◆保險期間：自 _____ 至 _____ 止(以傳真日之次月 1 日零時生效)

編號：_____

基本資料	會員姓名	會員代號		e-mail (請以大寫填寫)	
	服務單位/職稱				
	聯絡電話 (請留 2 支以上)	公:	宅:	手機:	傳真:
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 公司 <input type="checkbox"/> 住家 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

*請以正楷填寫右列資料	身分	被保險人姓名	身分證字號	出生年月日	詳細工作內容 (例：行政文書、機房維護...)	計劃別 (1.2.3)	保險費	身故受益人
	本人							<input type="checkbox"/> 依民法之法定繼承人順位 <input type="checkbox"/> 另行指定(請填受益人指定暨變更申請書)
	配偶							依約定為員工本人 人數 / 合計保費 _____ 人 _____ 元
	子女 1							
	子女 2							
	子女 3							
子女 4								
>本專案採套裝組合方式投保，但保險公司得依核保條件及被保險人健康狀況核定承保項目。保險生效日前如已罹患心臟病、腦血管疾病、肝硬化、糖尿病、末期腎病變、癌症、癱瘓、重大器官移植及先天性疾病之一者，不屬於保險範圍，請勿投保。但在保險有效期間內始罹患患者，仍可繼續投保。 >失能保險金及醫療保險金之受益人為被保險人本人。 >投保對象及保險內容請詳閱投保說明書，資料表請自行影印留存。 >續保時被保險人如調整投保人數或保險項目時，保險公司亦得重新核保。 >會員在職期間本人及其眷屬，不論工作性質，均可投保。但會員退休後，工作性質限職業類別第四類以下(職業類別依據台灣地區職業類別分類表為準)。								

繳費方式	<input checked="" type="checkbox"/> 郵政媒體轉帳---(茲依照中華郵政受託代繳款項辦法之規定，依被保險人之帳戶扣繳寶祥規劃郵政團體保險費。)
	※請填寫「自動轉帳付款授權書」※ 註：合約期間授權人同意自郵局存簿帳號扣繳團體保險保險費，本保單採自動續保且自動扣款，不續保者請以書面通知註明不續保辦理。

寶祥保險經紀人履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

寶祥保險經紀人股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集之目的：(一)人身及財產保險。(二)行銷。(三)消費者、客戶管理與服務。(四)調查、統計與研究分析。(五)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。二、蒐集之個人資料類別：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查、與事故經過相關的查證個人資料等(包含非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如相關業務申請書或契約書及應備文件內容所載。三、個人資料之來源：(一)要保人、被保險人。(二)您或您的法定代理人、輔助人。(三)本公司各項業務內所委託、往來之第三人。(四)各醫療院所。(五)司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本(分)公司、產、壽險公司、要保單位、寶健代理人保險股份有限公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構、業務委外機構、與本公司有再保、共同行銷或合作推廣等業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。(三)地區：上述對象所在之地區。(四)方式：合於法令規定之利用方式。五、依據個資法第三條規定，您就本公司保有您之個人資料得行使之權利及方式：(一)得向本公司行使之權利：1.查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.請求補充或更正。3.請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：書面。六、您不提供個人資料所致權益之影響：若您未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝、遲延或無法提供您相關服務或給付。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

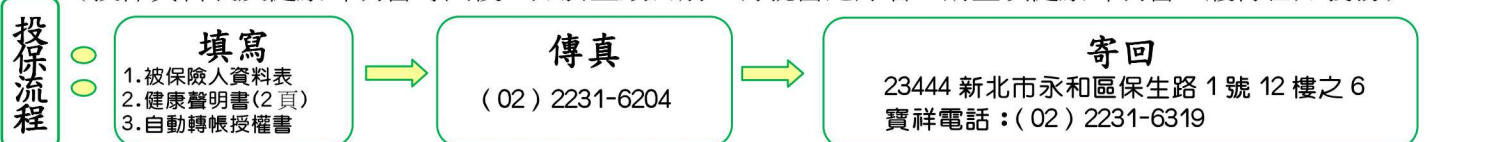
立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法等相關法令所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

此致
寶祥保險經紀人股份有限公司

立同意書人(即被保險人)簽名：_____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____
 ※未滿七歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人親自簽名；七歲(含)以上未滿二十歲者，由被保險人本人及法定代理人親自簽名。

立同意書人之法定代理人 簽名：_____ 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(投保資料表及健康聲明書寄回後，如於生效日前，有就醫記錄者，請重填健康聲明書，履行告知義務)





107年09月修訂

要保單位：中華郵政工會						保單號碼：									
被保險人 (關係)	姓名	性別	出生 年月日	身份證字號						職業類別/ 工作內容	計劃別	身高 (公分)	體重 (公斤)		
(1)本人		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													
(2)配偶		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													
(3)子女		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													
(4)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													
(5)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													
(6)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													
<p>◎被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)?</p> <p><input type="checkbox"/>是(姓名：_____)；如勾選是者，請提供。<input type="checkbox"/>否。</p>															
<p>◎被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)?</p> <p><input type="checkbox"/>是(姓名：_____)；如勾選是者，請提供相關證明文件。<input type="checkbox"/>否。</p>															
<p>為確保您的權益，以下被保險人告知事項，請務必親自詳實加圈填寫。如有不實，本公司得依保險法第64條解除契約，保險事故發生後亦同。</p>										脊 屬 / 關 係					
										(1) 本人	(2) 配偶	(3) 子女	(4)	(5)	(6)
										是否	是否	是否	是否	是否	是否
一、最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
二、過去一年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥? (如答覆是者，請圈選下列病症)															
(1)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎、膽結石。 (3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 (4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。				(5)痛風、高血脂症。 (6)青光眼、白內障。 (7)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人回答)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
三、過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療? (亦可提供檢查報告代替回答)										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
四、過去五年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥? (如答覆是者，請圈選下列病症)															
(1)高血壓症(指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上)(如有請於「告知事項說明欄」目前狀況處填明實際之血壓)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤、心律不整(指竇性心跳過速、心房撲動、心房纖維性顫動、期外收縮、陣發性心跳過速、心室纖維性顫動、心臟傳導阻斷)。 (2)腦中風(腦出血、腦梗塞、腦栓塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、巴金森氏症、精神病。 (3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 (4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT值超過35IU/L以上)。				(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 (6)視網膜出血或剝離、視神經病變。 (7)癌症(惡性腫瘤)。 (8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。 (9)糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。 (10)紅斑性狼瘡、膠原症。 (11)愛滋病或愛滋病帶原。						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	眷 屬 / 關 係					
	(1) 本人	(2) 配偶	(3) 子女	(4)	(5)	(6)
	是否	是否	是否	是否	是否	是否
為確保您的權益，以下被保險人告知事項，請務必親自詳實加圈填寫。如有不實，本公司得依保險法第64條解除契約，保險事故發生後亦同。						
五、過去五年內，是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
六、目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障礙、智能障礙(外表無法明顯判斷者)? (如答覆是者，請圈選狀況)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
七、已確知懷孕? (懷孕 週) (女性被保險人回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
八、投保醫療險者請填寫本項 (本契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，本公司對是項疾病或分娩，不負給付之責任)						
(1)現在是否仍患有下列疾病？精神官能症、何杰金氏症、膽管炎、膽囊炎、梅毒、腦性麻痺、腦膿瘍、化膿性骨髓炎、併發有嘔吐現象的持續性頭痛、內耳炎、鼻竇炎、乳突炎、坐骨神經痛、椎間板脫出、腎結石、輸尿管結石、膀胱結石、腦膜炎、腦炎、水腦症。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)是否曾金屬中毒、化學中毒？ (如答覆是者，請圈選病症)						
※ 以上各項詢問如有答覆「是」者，請在下列「告知事項說明欄」告知						
告 知 事 項 說 明 欄						
被保險人姓名	疾病名稱	發病日期	就診醫院	治療方式(可複選)	目前狀況	
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____		
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____		
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____		
				<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院,約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____		
<p>(1)本人(被保險人)同意新光人壽保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。</p> <p>(2)本人(被保險人、要保人)同意新光人壽保險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。</p> <p>(3)本人(被保險人、要保人)同意新光人壽保險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。</p>						
		此致		新光人壽保險股份有限公司		台照
被保險人簽章		要保單位覆證：				
(1) 本人：	簽章	監 護 人：			簽名	
(2) 配偶：	簽章	法定代理人：			簽章	
(3) 子女：	簽章	法定代理人：			簽章	
(4) _____：	簽章	法定代理人：			簽章	
(5) _____：	簽章	法定代理人：			簽章	
(6) _____：	簽章	法定代理人：			簽章	
日 期：		年 月 日				
新 光 人 壽 專 用						
審 查 意 見					核 保 人 簽 章	
(1)本人：						
(2)配偶：						
(3)子女：						
(4)						
(5)						
(6)						

收件人：

新光人壽保險股份有限公司
Shin Kong Life Insurance Co., Ltd.

團體保險身故保險金受益人指定暨變更申請書
Group insurance death insurance beneficiary designation and change application

要保單位名稱：_____ 保單號碼：_____
Policy holder Policy No.

被保險人姓名：_____ 身分證字號：_____
Name of the Insured ID No.

請指定被保險人身故保險金之受益人，但以被保險人之家屬、其法定繼承人或信託專戶為限。
Please designate the beneficiary, the beneficiary shall be confined to the family members、heir-at-law of the insured member or Trust account.

身故受益人指定為 法定繼承人、勞基法順位 或 信託專戶。(PS：勾選此項則不需填寫下表)
Designated death beneficiaries are heir at law、following the rule of Labor Standards Acts or Trust account

身故受益人姓名 Name of Beneficiary	身分證字號 ID No.	生日 Birth date	生效日/變更生效日 Effective Date of Revision	聯絡電話 Tel.	國籍 Nationality
受益人地址 Beneficiary Address				與被保險人關係 Relationship	備註 Remark
身故受益人姓名 Name of Beneficiary	身分證字號 ID No.	生日 Birth date	生效日/變更生效日 Effective Date of Revision	聯絡電話 Tel.	國籍 Nationality
受益人地址 Beneficiary Address				與被保險人關係 Relationship	備註 Remark
身故受益人姓名 Name of Beneficiary	身分證字號 ID No.	生日 Birth date	生效日/變更生效日 Effective Date of Revision	聯絡電話 Tel.	國籍 Nationality
受益人地址 Beneficiary Address				與被保險人關係 Relationship	備註 Remark

★ 如要保人(被保險人)不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人(被保險人)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。

※ 受益人聯絡電話及地址可二擇一提供。

※ 指定二位以上之受益人時，保險金額之指定得依順位、比例或均分方式為之，請於備註欄說明。若未於備註欄說明，則保險金額採均分方式為之。

※ 身故受益人非中華民國國籍者，請提供英文全名及國籍。

※ 指定信託專戶請另填保險金指定匯入信託專戶約定書(AH9)表單。

被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____ 監護人簽名：_____
Signature of the insured Signature of the legal representative Signature of the guardian

中 華 民 國 年 月 日

寶祥保險經紀人股份有限公司

委託機構代號	5	0	N
--------	---	---	---

自動轉帳付款授權書

媒體產生日期：

立授權書人(以下稱授權人)_____授權郵局依照寶祥保險經紀人股份有限公司提供之資料，自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式，交付保險費費用；惟帳戶餘額不足支付帳款時，則不予轉帳。

郵局如因電腦系統故障、電腦設備故障、電信線路故障、停電、斷電、第三人之行為、不可抗力或其他不可歸責於郵局之事由致無法於約定日期完成轉帳作業時，郵局得順延至前開障礙事由排除後始進行轉帳作業，因而所致之遲延或損失，授權人同意免除郵局之一切責任。但該障礙事由係郵局之故意或重大過失所致者，不在此限。

授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時，自行洽寶祥保險經紀人股份有限公司查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於寶祥保險股份有限公司與授權人間權利義務之約定事項與郵局無關者，概與郵局無涉。

本授權書簽訂完成後，其效力不受帳戶所有人原留印鑑變更影響；原扣款帳戶辦理轉移者，將自動由新帳戶繼續扣款。授權人欲終止轉帳扣款時，應以書面方式向郵局或寶祥保險經紀人股份有限公司辦妥終止授權手續。

授 權 人	戶 名											授權人用印 (請蓋原留印鑑)
	身 分 證 統 一 編 號											
	<input checked="" type="checkbox"/> 存簿帳號											
	<input type="checkbox"/> 劃撥帳號											
	聯 絡 電 話	(宅) _____ (公) _____ (手機) _____										
聯 絡 地 址											授 權 書 填 寫 日 期 年 月 日	

委 託 機 構 確 認 欄	<p>一、用戶編號：</p> <p>二、本授權書確由帳戶所有人填具(未成年人已取得法定代理人同意)，且內容(印鑑除外)確認無誤。</p> <p>三、已確認授權資料建檔內容與授權書所填相符。</p> <p>確認人： _____ 主管(複核)： _____ 委託機構章： _____</p>
---------------------------------	---

郵 局	<p>審核： _____ 核印： _____ 註記： _____</p>
--------	--------------------------------------

第1聯：郵局存查聯(永久保管)