

## 被保險人投保名冊

會員姓名： \_\_\_\_\_ 機關學校(單位)： \_\_\_\_\_ NO. \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

聯絡電話： \_\_\_\_\_ 行動電話： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_ ※本名冊如有塗改，請『被保險人』在塗改處簽名

序號	被保險人姓名 <span style="color: red;">(請字跡工整)</span>	身份證字號	出生年月日	與主被保險人 (會員)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 <span style="color: red;">(請親簽)</span>	法定代理人簽名 <span style="color: red;">(未滿20 足歲者需由法代簽名)</span>
1				本人						
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

**注意事項：**

- 1、承保對象:各縣市教師職業工會、教育產業工會之會員或贊助會員及其眷屬(僅包含配偶、員工父母、員工子女)。
- 2、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。
- 3、投保時請檢附本投保名冊(以"戶"為單位)及繳費證明(匯款單、劃撥單或信用卡授權書)。
- 4、如領有身心障礙手冊，請提供身心障礙手冊影本(雙面)，並說明殘障部位及造成原因?
- 5、被保險人如為外籍人士則依居留證號為準，並應檢附居留證影本(有效期限六個月以上)。
- 6、工作內容，請明確說明，盡力避免含糊之名詞。若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。)
- 7、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足歲殘廢及醫療保險金之受益人為被保險人本人。
- 8、被保險人若未滿7足歲者，請由法定代理人代簽子女姓名；7足歲(含)以上者，請由本人親自簽名。