

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會會員及其眷屬自費團體保險之投保專案加入表

注意：

1. 本表為初次加保時填寫，凡新加保者（不論寫本加入表及健康聲明書與信用卡授權書。
2. 本人與眷屬同為會員者僅得則一身分加保，受理其眷屬之投保申請，且眷屬保額不得高
3. 每月 25 提出書面申請，次月 1 日生效。經

保  
如勾選否，本公司將婉謝承  
新填寫。完成投保權益確認  
如保額費率有變，將請您重  
繼續投保請重新提出申請。  
不同意，將滿期失效，如要  
本公司將自動續保，若勾選  
單年度若保額費率不變時，  
續保約定勾選同意，次一保

，以利歸戶核對。初次加保請填  
請投保且經核保通過受理者，始  
核發保險證。

※被保險人基本資料：【 無論是否初次為眷屬加保，

（保誠人壽填寫）

身份	被保險人簽名 (需親簽)	計畫別	出生日期 年/月/日	身分證字號	完成投保權益確認 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供	法定代理人簽名	身故受益人 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名 _____ 與被保險人關係 _____ 聯絡電話 _____ 國籍 _____ 身分證號 _____ 出生日期 _____
會員	王大明	二	60/01/01	請填寫	完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供	王大明	法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名 _____ 與被保險人關係 _____ 聯絡電話 _____ 國籍 _____ 身分證號 _____ 出生日期 _____
配偶	張小美	二	64/12/31	請填寫	完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供	張小美	法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名 _____ 與被保險人關係 _____ 聯絡電話 _____ 國籍 _____ 身分證號 _____ 出生日期 _____
子女	王傳一	四	90/05/01	請填寫	完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供	王傳一 王大明	法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名 _____ 與被保險人關係 _____ 聯絡電話 _____ 國籍 _____ 身分證號 _____ 出生日期 _____
子女	王美麗	四	92/06/01	請填寫	完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供	王美麗 王大明	法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名 _____ 與被保險人關係 _____ 聯絡電話 _____ 國籍 _____ 身分證號 _____ 出生日期 _____
<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母					完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供		法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名 _____ 與被保險人關係 _____ 聯絡電話 _____ 國籍 _____ 身分證號 _____ 出生日期 _____
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 員工/ 會務人員					完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供		法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名 _____ 與被保險人關係 _____ 聯絡電話 _____ 國籍 _____ 身分證號 _____ 出生日期 _____
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 員工/ 會務人員					完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供		法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名 _____ 與被保險人關係 _____ 聯絡電話 _____ 國籍 _____ 身分證號 _____ 出生日期 _____

- ◎ 未成年者，請由本人（於被保險人欄位）及法定代理人（於法定代理人欄位）親簽；被保險人投保時如有受監護宣告需請法定代理人（於法定代理人欄位）親簽。
- ◎ 續保約定被保險人勾選不同意或未勾選，或因主被保險人未續保時，本保險契約於期間屆滿時自動終止。
- ◎ 保誠人壽依個人資料保護法而為蒐集、處理或利用您的個人資料，若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，本公司將無法承保。
- ◎ 於簽訂投保時，業已提供投保權益確認及個資處理及利用個人資料告知內容、保險費未繳交之催告通知相關說明供被保險人審閱。
- ◎ 身故受益人如採指定個別家屬時，依金融機構防制洗錢辦法要求需提供受益人姓名、身分證號（外籍人員請提供居留證統一證號或護照號碼）、出生日期與國籍等基本資料。
- ◎ 身故保險金受益人如係指定法定繼承人或為其他身分之指定及如有要保人或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。如同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，同意如下表會員之聯絡方式。

※以上事宜若有疑義者，以要保單位與本保險公司所簽訂之團體保險契約所載全部事項及保單條款為依據。

★要保單位聲明

被保險人身分確為本要保單位所屬成員、所屬成員戶籍登記之配偶、父母、子女，且本要保單位已向全體被保險人告知前述保險契約內容，包括但不限於保險期間、保險金額等事項，並確認其具有投保意願。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 戳章：（蓋章處）

服務機關/單位： 保誠牙醫診所 / 電話：(02)8786-9955 分機：7004  
 住家電話：(02)2345-6789 行動電話：09101234567  
 通訊地址：(郵遞區號：110) 台北市松智路1號7樓

簽收

由保誠人壽統一送全聯會用印

**繳費方式：**採月繳保費。

**轉帳授權書：**本人授權自保單生效日起，由本人之下列信用卡帳戶扣除本人及加保眷屬之保險費並支付保誠人壽保險股份有限公司，本人將遵守信用卡合約書之規定。如因授權書內容填寫錯誤，或其他原因致發卡銀行無法代扣保險費，本授權書之效力即行終止，唯其情形得以補正，不在此限。本授權書未記載事項，係依一般銀行慣例及相關法令辦理。

■ 首期保費/續期保費

申請日期：民國 113 年 5 月 1 日

信用卡卡別： <input checked="" type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡		發卡機構：玉山銀行
用卡卡號： <u>1234 - 5678 -9012 -3456</u>	信用卡有效期限：至 <u>12</u> 月 <u>18</u> 年（西元）	
持卡人姓名： <u>王大明</u>	出生日期： <u>60</u> 年 <u>1</u> 月 <u>1</u> 日	
持卡人身分證號碼：請填寫	持卡人電話：0910234567	
持卡人地址： <u>(110) 台北市松智路1號7樓</u>		
持卡人身分： <input checked="" type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人法定代理人 <input type="checkbox"/> 受益人		
授權人簽署 <small>與信用卡簽名形式相同</small>	合約編號 / 保單號碼	被保險人簽名
<u>王大明</u>	<u>3001013472</u>	<u>王大明</u>

1. 立授權書人同意以上開信用卡繳付保誠人壽保險股份有限公司之保險費，並依照信用卡使用約定付款予發卡機構。
2. 本項交易若未獲發卡機構 / 聯合信用卡處理中心核准，則本付款授權書即失效力，保誠人壽得重新收費。
3. 信用卡僅有效期間更新而卡號不變時，本轉帳授權仍然有效，但授權人應將更新之效期以書面通知本公司修改，以維護保單效力。
4. 本公司將於扣款月當月1日、11日、21日進行扣款，遇假日提前扣款；若3次扣款失敗保險效力自應扣款日起終止。