

中華民國儲蓄互助協會
社員團體意外互助基金參加名冊

一、申請項目：加保 退保 變更或更正 (僅能選擇一項，他項請另頁書寫)

二、社名：_____ 社號：_____ 電話：_____ 社址：_____

三、投保限制：

(一) 不承保職業類別人及性質：船員、拆船作業人員、礦坑人員、高樓外部清潔工、隧道工程人員、保鑣(警務特勤人員)、賽車人員、液化氣化油罐車司機及其隨車人員、潛水、爆破人員、電力高壓電之工作人員、炸藥製造工人、戰地記者、特技演員、動物園馴獸師、直昇機飛行員、軍事單位武器彈藥研究及管理人員、空軍飛行官兵、海軍海洋巡弋艦艇官兵、特種部隊、國外人士(無居留證或工作證者)。

(二) 罹患精神官能症者不予承保。

(三) 身體狀況已達殘廢等級 1-3 級者不予承保。

(四) 每人最多參加兩單位。

四、參加社員如中途因職業變動為上述不承保職業類別時須辦理退保。

五、社員團體意外互助基金受益人部分以參加名冊上受益人欄之記載為限。

(一)若該欄有指定，則以該指定者為受益人。(二)若該欄空白，以被保險人之法定繼承人為受益人。

※社員於申請參加後，次月一日起生效，每月加退保申請受理至次年四月三十日為止。

六、參加資料：請依照項目詳實填寫（申請退保者，應加註投保編號）

存摺 編號	投保 編號	姓名	性別	出生 年月日	身分證字號	職業	受益人	關係	投保 單位數
5									
10									

七、變更或更正資料：如變更職業及受益人(請註明被保險人與受益人之關係)，應請被保險人於簽章處簽名。

存摺 編號	投保 編號	姓名	申請變更/更正【請勾選申請項目並註明正確資料】	被保險人 簽章
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 職業 <input type="checkbox"/> 其他： 變更或更正為：	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 職業 <input type="checkbox"/> 其他： 變更或更正為：	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 職業 <input type="checkbox"/> 其他： 變更或更正為：	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 職業 <input type="checkbox"/> 其他： 變更或更正為：	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 職業 <input type="checkbox"/> 其他： 變更或更正為：	

社印：

理事長印：

專職／社務助理／經理印：

申請日期：_____年_____月_____日