

中華民國儲蓄互助協會
社員團體互助基金參加名冊

一、申請項目：加保 退保（僅能選擇一項）

***變更資料請寫變更名冊**

二、社號：_____ 社名：_____ 電話：_____ 社址：_____

三、投保計畫：新參加 A、B、C、D 計畫社員，一律須提供健康聲明書，經核保通過後，始予以承保。
健康聲明書填具不完全者，保險公司不受理核保，需重新填寫健康聲明書再申請參加。

A 計畫：身故/全殘、意外殘廢，不含意外住院醫療	B 計畫：身故/全殘、意外殘廢、意外住院醫療
C、D 計畫：身故/全殘、意外住院及疾病住院醫療	E 計畫：意外全殘及殘廢、意外住院醫療（未滿 15 歲）

四、參加年齡：

(1) 初次參加：A、B、C 計畫為 15 足歲至 70 歲(未滿)；D 計畫為 15 足歲至 45 歲(未滿)；E 計畫為 0 歲至 15 歲(未滿)。

(2) 續約：A、B、C 計畫可繼續參加至滿 75 歲止；D 計畫滿 45 足歲後可轉至 A、B、C 計畫，繼續至滿 75 歲止；E 計畫為 15 足歲後可重新選擇 A、B、C、D 計畫。

五、受益人部分以參加名冊受益人欄之記載為限。若該欄空白，以被保險人之法定繼承人為受益人。

六、參加資料：請詳實填寫，新參加 A、B、C、D 計畫社員，一律須提供健康聲明書

存摺 編號	投保 編號	姓 名	性 別	出 生 年 月 日	身分證字號	投保計畫					身故 受益人	關係	電話 (受益人)	地址(受益人)
						A	B	C	D	E				
						一律須提供 健康聲明書				未滿 15 歲 方可參加				

社印：_____ 理事長印：_____ 專職／社務助理印：_____

申請日期： 年 月 日

※本互助基金每月之加、退保申請，受理至當年度 11 月 25 日為止，且不受理中途變更參加計畫及反覆加退保之異動。