

中華民國儲蓄互助協會
社員團體意外互助基金參加名冊

第__頁

一、申請項目：加保 退保 (僅能選擇一項，他項請另頁書寫)

二、社號：_____ 社名：_____ 電話：_____ 社址：_____

三、投保限制：

(一) **不承保職業類別**：遠洋漁船船員、近海漁船船員、海釣船人員、礦工、採石爆破人員、遊覽船之駕駛及工作人員、小汽艇之駕駛及工作人員、民航機試飛員、船體切割人員(海上)、潛水工作人員、爆破工作人員、爆破工、硫酸、鹽酸、硝酸製造工、有毒物品製造工、火藥爆竹製造及處理人員(包括廠務管理及廠長)、戰地記者、特技演員、動物園、馬戲團馴獸師、從事特種營業服務人員、保鏢、電力高壓電工程設施人員、核廢料處理人員、海上油污處理人員、職業潛水夫、防爆小組、特種軍人、艦艇及潛艦官兵、軍機駕駛及機上工作人員、下列職業運動類選手:自由車、跳傘、滑水、潛水、賽車、特技表演、跳水、攀岩…等)。

(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、**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。

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)。

| 投保 編號 | 姓 名 | 性 別 | 出 生 年月日 | 身分證字號 | | | | | | | | | | 職業 | 投保 計畫 | 受益人 | 關係 | 電話 (受益人) | 地址(受益人) |
|----------|-----|--------|------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|----------|-----|----|-------------|---------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

社印：

理事長印：

專職／社務助理／經理印：

申請日期：_____年____月____日

※中途加退保申請者，每月 25 日前將名冊送達協會，於次月 1 日起生效，受理至次年 4 月 25 日為止。