中華民國儲蓄互助協會

社員防癌互助基金參加名冊

一、 申請項目：□加保 □退保 **（僅能選擇一項，他項請另頁書寫）** 10706

二、社號：＿＿＿＿ 社名：＿＿＿＿ 電話：＿＿＿＿＿社址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

三、投保等級：（1）為基礎型（2）為加倍型，請勾選，中途不能轉換等級。

四、初次參加為自出生至正常出院日起至滿 65 歲前，須提供健康聲明書、個資告知同意書，經核保通過後，始予以承保，名冊和相關文件須於每月 25 日前將送達至協會，始能於次月 1 日起生效，退保亦同。每年加、退保申請受理至次年 1 月 25 日止。

五、身故受益人：可指定，需填具「團體保險受益人指定通知暨同意書」；空白未指定時，則同意，依法定繼承人順位為身故受益人之指定。

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	身分證號碼										受益人	關係	投保等級	
																	基礎（1）	加倍（2）
5																		

※社員防癌互助基金每月之加、退保申請，受理至次年度 1 月 25 日為止。

社印：　　理事長印：　　經理／專職印：

申請日期：　　年　　月　　日

【以下由協會填寫】----------

1.□加保□退保人數：基礎(1)＿＿＿人、加倍(2)＿＿＿人

2.生效日期：　　年　　月　　日　其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿