

## 集體彙繳件申請書

◆作業類別：新契約 續期件(僅適用同一作業類別，如同時申請新契約及續期件，請填寫兩張表單。)

◆申請事項：

一、申請加入集集團體：新成立 加入現有團體(申請此項者，請續填下列「申請集體彙繳件資料」)

二、集體彙繳件改為個人件，原因：已離職 團體不存在 其他：\_\_\_\_\_

三、變更集集團體(換團)，原因：已離職 團體不存在 其他：\_\_\_\_\_ (申請此項者，請續填下列「申請集體彙繳件資料」)

◆申請集體彙繳件資料：

|           |       |
|-----------|-------|
| 團體名稱(申請人) | 統一編號  |
| 團體登記地址    | 團體代號  |
| 員工(申請人)姓名 | 身分證字號 |

◆同一要保人，欲辦理之保險契約明細請填入下表：

| 序號 | 保單號碼 | 被保險人 |       | 集彙關係人                                                      | 集彙關係人<br>與申請人關係                                                                       |
|----|------|------|-------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|    |      | 姓名   | 身分證字號 |                                                            |                                                                                       |
| 1  |      |      |       | <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬 |
| 2  |      |      |       | <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬 |
| 3  |      |      |       | <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬 |
| 4  |      |      |       | <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬 |
| 5  |      |      |       | <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬 |
| 6  |      |      |       | <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬 |
| 7  |      |      |       | <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬 |
| 8  |      |      |       | <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬 |

- 注意事項暨填寫說明
- 續期件生效日：變更生效日為受理章日期之翌日零時起。
  - 同一集集團體投保人數及在職員工均須達五人(含)。員工(申請人)投保並加入集彙後，眷屬方可申請加入。人數不符合前述規定者，若集彙(甲)團體之員工與被保險人均達三人(含)或集彙(乙)團體之被保險人達三人(含)時，得先申請成立「集集團體代號」，並自該團體代號成立之日起三年內，符合前述人數達五人之條件時，始得適用集彙件保險費折減之優惠；若不符合，該團體代號將予以取消不保留。
  - 申請集彙之「團體」以公司行號之營利事業團體、公私立學校及各級政府機關為限；「員工」則係指該集集團體之正式員工，不包括社員、會員、離(退)職員工、兼職員工、約聘員工等。
  - 保險費限以金融機構自動轉帳扣款方式繳交(須另附【保險費自動轉帳付款授權書】)，若於應繳月份轉帳扣款不成功，則該期保險費無折減。
  - 如有下列情事之一者，國泰人壽將取消申請人之集彙件資格：(1)保險契約滿期、停效、解約、展期、繳清或終止契約者。(2)無法以金融機構自動轉帳繳費者。(3)自其集集團體離職或退休者。(4)以員工眷屬身分加入，但該員工之保險契約已取消集彙資格者。(5)其他不符國泰人壽規定之情形。
  - 集集團體人數如低於原保費折減率之最低人數，將調降保險費折減率。
  - 為避免因要保人變更或其他契約狀況而使其眷屬連帶喪失集彙資格，建議集彙關係人為被保險人。
  - 申請集彙(甲)並以公司為要保人時，申請人應填寫公司負責人姓名及身分證字號，要保人應蓋公司大小章；申請集彙(甲)且非以公司為要保人時，申請人應寫公司員工姓名及身分證字號。
  - 申請集彙(乙)時，申請人應填寫集集團體成立人姓名及身分證字號。

- 聲明事項
- 保險費折減率及相關事宜，悉依國泰人壽相關規定或解釋辦理。本人瞭解國泰人壽有權取消、終止或修改其相關規定。
  - 集彙件之保險費折減率係依集集團體人數自動調整，該集集團體嗣後若不符國泰人壽相關規定，國泰人壽得逕取消本人適用集彙件保險費折減之資格，本人絕無異議。
  - 本人確已審閱並瞭解本申請書背頁有關個人資料保護法應告知事項。

要保人簽章：

法定代理人簽章：

(本申請書均經本人確認，如有虛偽不實之情事者，概由本人負責。)

/監護人或輔助人 \_\_\_\_\_

(申請人為未成年/受監護或輔助宣告之人者)

關係：\_\_\_\_\_

要保人手機：\_\_\_\_\_ 要保人住宅電話：\_\_\_\_\_ 公司電話：\_\_\_\_\_ 分機：\_\_\_\_\_

註：供當次業務使用之聯絡電話(手機號碼、市話號碼)，僅供本次申辦業務使用，不視為已向本公司申請變更前項聯絡資料，如需新增或更新聯絡資料需另提出變更申請。

申請日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



2000E1



11202(續期件)



000121



11202 版(新契約件)

**個人資料保護法應告知事項：**

國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料(包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址、病歷、醫療及健康檢查等資料)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供予國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務據點或利用國泰人壽客服專線，市話請撥打免付費專線：0800036599，手機請改撥付費電話：02-21626201 或網路電話(路徑：國泰人壽官網首頁>問題與聯繫>(聯絡我們)客服電話>撥打網路電話)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，國泰人壽將無法提供您完善的服務。

**◎身分確認欄 (服務人員確認後填寫)**

- 1. 集彙(甲)要、被保險人是否為該團體之在職正式員工或其配偶、直系親屬？ 是 否
- 2. 集彙(乙)申請人與要、被保險人是否為本人、父母、配偶、子女關係？ 是 否
- 3. 該團體名稱及統一編號是否正確？ 是 否
- 4. 該團體是否已停業、歇業或解散？ 是 否
- 5. 續期件是否均為主契約投保一年內之契約？ 是 否
- 6. 續期保險費是否已約定為金融機構自動轉帳？ 是 否
- 7. 是否備齊應備文件？ 是 否

|                 | 集彙甲型              | 集彙乙型                 |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| 集體彙繳件申請書        | √                 | √                    |
| 在職證明(開立日期在3個月內) | √                 | √                    |
| 工商登記或其他證明文件     | √                 |                      |
| 關係證明            | √<br>(以員工眷屬身分申請者) | √<br>(要保人不同時須檢附戶籍資料) |

業務員聲明事項：本人於進行各項保險契約變更業務時，已確實核對要保人、被保險人及法定代理人之身分證明文件，且確認其身分與本申請書所載內容一致，確係集合同一團體內所屬正式員工或員工之眷屬(指配偶、直系親屬)，並證明本申請書確為要保人、法定代理人親自簽名屬實，如有不實，本人願負一切法律責任。

|              |  |                 |  |
|--------------|--|-----------------|--|
| <b>業務員簽名</b> |  | <b>登錄證字號/ID</b> |  |
|--------------|--|-----------------|--|

| 審核單位受理欄 |    | 經確實核對要保人資料無誤 |      | 經驗明身分確由要保人親自簽章辦理無誤 |        |  |  |
|---------|----|--------------|------|--------------------|--------|--|--|
| 覆核人員    | 經辦 | 覆核人員         | 客服人員 | 服務人員簽名             | 電話：( ) |  |  |
|         |    |              |      |                    | 手機：    |  |  |
|         |    |              |      |                    | 轄區代號   |  |  |
|         |    |              |      |                    | 登錄證/ID |  |  |



2000E2



11202(續期件)



000122



11202 版(新契約件)

