

明台產物【內政部消防署 108 年全國消防機關自費型員工團體意外保險】要保變更明細表
填寫範例、填寫說明

2019.10.24

一、 投保明細填寫範例 (有中隊分隊)

幣別:新台幣元

保單號碼				批單號碼				要保單位	內政部消防署		
員工姓名	陳明台		身分證字號	A111111111		性別	■男 □女		消防服務證編號	0000000	
服務單位	臺北市 政府消防局	第 1 大隊	中正 中隊	古亭 分隊	連絡電話	(02)2222- 6666		行動電話	0900111222		
住所(通訊地)	(106) 台北市大安區基隆路四段 156 號					電子郵件	aaa@yahoo.com.tw				
保險期間	自民國 108 年 12 月 01 日零時至民國 109 年 12 月 31 日 24 時止。 (中途申請加保者需於每月 15 日前提出申請,經本公司核保通過,於次月 1 日生效)										

(保障內容明細表 略)

※保障生效日對應保費表

方案/ 生效日	108/12/1	109/1/1	109/2/1	109/3/1	109/4/1	109/5/1	109/6/1	109/7/1	109/8/1	109/9/1	109/10/1	109/11/1	109/12/1
A:員工	\$1,365	\$1,258	\$1,151	\$1,055	\$948	\$845	\$738	\$634	\$527	\$421	\$317	\$210	\$107
B:眷屬	\$585	\$539	\$493	\$452	\$406	\$362	\$316	\$272	\$226	\$180	\$136	\$90	\$46

※被保險人資料明細

稱謂	被保險人姓名	身分證字號	(民)出生年月日	年齡	性別	工作性質	受益人/關係	方案	保險費	被保險人簽章
本人	陳明台	A111111111	66/12/1	40	男	消防隊員	法定繼承人	A		(本人簽名)
配偶	廖小沛	B111111111	70/5/5	37	女	家管	法定繼承人	B		(本人簽名)
子女			/ /				法定繼承人	B		
子女			/ /				法定繼承人	B		
員工父母			/ /				法定繼承人	B		
員工父母			/ /				法定繼承人	B		
配偶父母			/ /				法定繼承人	B		
配偶父母			/ /				法定繼承人	B		
投保人數		共		人		保險費合計		新台幣		元
※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否。如勾選是者,請提供。 ※被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否。如勾選是者,請提供相關證明文件。 ※本人(被保險人)是否已投保其他商業實支實付傷害醫療保險或實支實付型醫療保險? <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否。 身故保險金受益人聯絡地址: □□□□□□ 聯絡電話: _____ 身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形,則以要保人最後所留之聯絡方式,做為日後身故保險金受益人之通知依據。 保險費繳納方式: <input checked="" type="checkbox"/> 信用卡(簽帳單需與本要保變更明細表一同交付與明台產物保險公司,且限員工及其配偶、子女或父母之信用卡。) <input type="checkbox"/> ATM轉帳(由明台產物保險公司提供匯款帳號,被保險人應於繳費期限內轉帳。)										

【被保險人注意事項】(略)

【聲明事項】

要保人及被保險人向明台產物保險公司(以下簡稱本公司)聲明同意下列事項:(略)

員工簽章: _____ (員工本人簽名)
申請日期: 中華民國 108 年 10 月 24 日

未成年法定代理人簽章: _____ (法定代理人本人簽名)

二、 投保明細填寫範例（無中隊分隊）

幣別:新台幣元

保單號碼				批單號碼				要保單位	內政部消防署			
員工姓名	陳明台		身分證字號	A111111111			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		消防服務證編號	0000000	
服務單位	彰化縣 消防局	災害搶救科			連絡電話	(02)2222- 6666		行動電話	0900111222			
住所(通訊地)	(106) 台北市大安區基隆路四段156號						電子郵件	aaa@yahoo.com.tw				
保險期間	自民國108年12月01日零時至民國109年12月31日24時止。 (中途申請加保者需於每月15日前提出申請,經本公司核保通過,於次月1日生效)											

(保障內容明細表 略)

※保障生效日對應保費表

方案/ 生效日	108/12/1	109/1/1	109/2/1	109/3/1	109/4/1	109/5/1	109/6/1	109/7/1	109/8/1	109/9/1	109/10/1	109/11/1	109/12/1
A:員工	\$1,365	\$1,258	\$1,151	\$1,055	\$948	\$845	\$738	\$634	\$527	\$421	\$317	\$210	\$107
B:眷屬	\$585	\$539	\$493	\$452	\$406	\$362	\$316	\$272	\$226	\$180	\$136	\$90	\$46

※被保險人資料明細

稱謂	被保險人姓名	身分證字號	(民)出生年月日	年齡	性別	工作性質	受益人/關係	方案	保險費	被保險人簽章	
本人	陳明台	A111111111	66/12/1	40	男	消防隊員	法定繼承人	A		(本人簽名)	
配偶	廖小沛	B111111111	70/5/5	37	女	家管	法定繼承人	B		(本人簽名)	
子女			/ /				法定繼承人	B			
子女			/ /				法定繼承人	B			
員工父母			/ /				法定繼承人	B			
員工父母			/ /				法定繼承人	B			
配偶父母			/ /				法定繼承人	B			
配偶父母			/ /				法定繼承人	B			
投保人數	共		人		保險費合計				新台幣	1950	元

※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? 是, 否。如勾選是者,請提供。

※被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? 是, 否。如勾選是者,請提供相關證明文件。

※本人(被保險人)是否已投保其他商業實支實付傷害醫療保險或實支實付型醫療保險? 是, 否。

身故保險金受益人聯絡地址: □□□□□□

聯絡電話: _____

身故保險金受益人如係分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形,則以要保人最後所留之聯絡方式,做為日後身故保險金受益人之通知依據。

保險費繳納方式: 信用卡(簽帳單需與本要保變更明細表一同交付與明台產物保險公司,且限員工及其配偶、子女或父母之信用卡。)

ATM轉帳(由明台產物保險公司提供匯款帳號,被保險人應於繳費期限內轉帳。)

【被保險人注意事項】(略)

【聲明事項】

要保人及被保險人向明台產物保險公司(以下簡稱本公司)聲明同意下列事項:(略)

員工簽章: _____ (員工本人簽名)

未成年法定代理人簽章: _____ (法定代理人本人簽名)

申請日期: 中華民國 108 年 10 月 24 日

三、繳費方式填寫範例

※如在線上專區刷卡繳費成功者，不需再填寫信用卡繳付保費授權書。

信用卡繳付保費授權書

首期保單號碼：_____ (由明台產物填寫)

續期保單號碼：_____ 被保險人：陳明台 保單簽帳金額：NT\$ 1950

信用卡種類：聯合信用卡 VISA MASTER JCB AE 授權號碼：_____ (由明台產物填寫)

信用卡卡號：0000 - 0000 - 0000 - 0000 有效期限：12 月 2030 年 (西元)

持卡人姓名：陳明台 (請以正楷填寫) 持卡人電話：0900111222

持卡人身分證號碼：A111111111

持卡人與被保險人關係：要保人 被保險人 配偶 父母 子女 祖(外祖)父母 孫(外孫)子女 兄弟姐妹 公司負責人
其他關係者請服務人註明關係 _____ 主管覆核：_____

信用卡繳付保費授權書約定事項(持卡人請詳閱，並於下方簽名表示同意)：

1. 持卡人同意以信用卡支付上開保險費予明台產物保險股份有限公司(下稱本公司)，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。
2. 本授權書效力及於本授權書所約定之保險單。若要保人於要保書勾選同意自動續約時，授權人同意本公司得於保險期間屆滿日(遇假日順延至次一營業日)，逕行以本授權書所載明之信用卡扣款支付不限次數之續期保費。
3. 授權人指定繳付之「信用卡」如有卡號變更、停用或有效期限到期等情事時，授權人應主動通知本公司並重新填具授權書；如授權人未通知變更並重新填具授權書，而致遭發卡機構拒絕給付保險費時，不生繳付保險費之效力。原授權書於新授權書生效後即行終止。授權人重填授權書前，本公司就其指定之信用卡卡號不變之年度續卡，仍得依本授權書向發卡機構請求信用卡授權繳付各期應繳保險費。
4. 授權人如因發卡機構代收金額與應繳金額不符時，或對保險費計算、變動有異議者，除依本授權書約定終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力。
5. 授權人指定之信用卡不因日後簽名樣式變更而致使本授權關係失其效力。

持卡人簽名：(持卡人本人簽名) (簽名樣式請與信用卡一致) 簽帳日期：民國 108 年 10 月 24 日

聲明事項：本人(持卡人)已知悉明台產物保險股份有限公司依個人資料保護法應告知予本人之事項，並充分瞭解明台產物保險股份有限公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的、方式及本人之相關權益。

上開告知事項已公告於本公司官網(<https://www.msig-mingtai.com.tw/>)，敬請詳閱，如有任何問題歡迎洽詢本公司 0800528528 免付費客服專線。

明台服務人覆核 _____

1. 匯款日期：108 年 10 月 24 日 2. 匯款人：陳明台 (身分：員工/眷屬)

3. 轉出帳戶銀行：臺灣銀行 4. 轉出後五碼：54321

(↑寫員工或家人的轉出帳號後五碼，不是寫明台的後五碼)

5. 匯款金額：1950 元 6. 匯款人連絡電話(手機) 0900111222

四、填寫說明

1. 要保變更明細表為一式三面，請下載檔案並填寫完畢後採雙面列印，或依照「要保明細表→消防服務證影本→信用卡授權書或ATM轉帳」順序排列並於紙張左上角固定。
2. 表格中黃色欄位為必填欄位，請依序詳實輸入或填寫。
3. 上半部員工基本資料、中間被保險人資料請依序填寫。
→若填寫過程中資料有填錯者可直接手寫修改，但每一個塗改處皆必須有被保險人本人再簽章一次，且該簽章樣式必須與投保明細的「被保險人簽章」樣式一致。
4. 中間被保險人資料欄若欄位不足請自行另外加填一份明細表。
5. 員工的消防服務證編號須填寫服務證右下角的7位數數字（開頭有NO.的編號）。填寫完成且被保險人親簽後員工需將消防服務證影本實貼於要保明細表背面。
紙本明細表需郵寄至：106 台北市仁愛路4段1號5樓 企業發展部 收
6. **108.12.1 生效日前第一批投保者，要保明細表需於108.11.30(含)前以下列方式通知明台產險：**
 - (1)至明台產險之108年消防署團體意外保險投保專區線上受理
(<https://www.msig-mingtai.com.tw/MobileWeb/FireFighter/FireFighter/Index>)
 - (2)採電子郵件寄至明台產物企業發展部：indust2@msig-mingtai.com.tw
 - (3)傳真專線：02-27815896
 - (4)紙本郵寄至「明台產物保險股份有限公司 企業發展部」（地址：106 台北市大安區仁愛路4段1號5樓，以郵戳為憑）。

▶ 採1. 官網投保專區線上受理、2. 電子郵件、3. 傳真者以該通知日為明台收件日，但員工仍需於108.12.10(含)前將紙本明細表寄至明台產物企業發展部。
7. 若採「信用卡付款」，請於明台保險之投保專區線上受理後進行刷卡繳費。
※如在線上專區刷卡繳費成功者，不需再填寫信用卡繳付保費授權書。
8. 若採「ATM匯款」，請於繳費期限內匯款至明台產險指定帳戶，匯款完成後
 - (1)填寫明細表第3頁匯款證明，傳真至明台產物保險(傳真專線：02-27815896)或
 - (2)來電明台產物保險股份有限公司企業發展部告知匯款時間（電話：02-27725678 分機2209）。