



# 台南市新樓儲蓄互助社

## 社員參加防癌互助基金申請書

一、社員防癌互助基金受益人部份以加保名冊上受益人欄之記載為限。

(1) 若該欄有指定，則以該指定者為受益人。

(2) 若該欄空白，則依下列順序：1.本人 2.配偶 3.子女 4.父母 5.祖父母 6.孫子女 7.兄弟姊妹

※聲明事項：

(1) 但若被保險人(社員)向儲蓄互助社申請貸款未償還時，則身故保險金將優先清償被保險人對儲蓄互助社之欠款，餘款始給付予應得之受益人

(2) 新參加者(15歲以上)需附：健康聲明書·個資同意書·受益人指定書

(3) 新參加者(15歲以下)需附：參加名冊·健康聲明書·個資同意書·受益人指定書(另父母其中一人需參加同一等級)

(4) 未滿20歲各項資料除本人簽名外，另需法定代理人簽名

(5) 變更：(A)基礎轉加倍(同新參加者) (B)受益人(填指定書) ©變更等級:15歲與父母需同

(6) 此保單保障期間為一年期:每年6月1日~次年5月31日。

存摺編號	姓名	生日	身份證號碼	受益人	關係(是保險人的誰)	扣繳帳號	扣繳人姓名	請勾所需選項	保單內容
								<input type="checkbox"/> 第一次參加防癌 → <input type="checkbox"/> 變更保單內容 → <input type="checkbox"/> 取消保單	<input type="checkbox"/> 基礎型 <input type="checkbox"/> 加倍型 <input type="checkbox"/> 修改資料
								<input type="checkbox"/> 第一次參加防癌 → <input type="checkbox"/> 變更保單內容 → <input type="checkbox"/> 取消保單	<input type="checkbox"/> 基礎型 <input type="checkbox"/> 加倍型 <input type="checkbox"/> 修改資料
								<input type="checkbox"/> 第一次參加防癌 → <input type="checkbox"/> 變更保單內容 → <input type="checkbox"/> 取消保單	<input type="checkbox"/> 基礎型 <input type="checkbox"/> 加倍型 <input type="checkbox"/> 修改資料
								<input type="checkbox"/> 第一次參加防癌 → <input type="checkbox"/> 變更保單內容 → <input type="checkbox"/> 取消保單	<input type="checkbox"/> 基礎型 <input type="checkbox"/> 加倍型 <input type="checkbox"/> 修改資料

委託人簽章：

蓋章

電話：(家)：

(公司)：

行動電話：

地址：

填寫日期：

經辦人：