



單位：

姓名： (簽名)

聯絡電話：

請打 v		被保險人 (本校同仁)				眷屬				請打 v			加退保及 變更原因	加退保及 變更日期	備註
本 人	眷 屬	姓名	身分證號	出生 日期	投保金額 (人事室 填)	稱謂	姓名	身分證號	出生 日期	加 保	退 保	停 保			

說明：

- 一、本表僅適用本校同仁及眷屬 (不論本人或眷屬加退保均須詳填被保險人基本資料)。
- 二、被保險人或眷屬變更姓名、身分證號、出生年月日，應附國民身分證或戶籍證明文件影本。
- 三、因出國停保者於返國復保時，請加印整本護照 (含空白頁)。
- 四、因服役退保者，應附服役通知單影本。
- 五、外籍眷屬 (外國籍、港、澳、大陸人士) 加保，應附自其取得滿四個月之居留證明文件 (台灣地區居留證、外僑居留證)