

# 團體保險被保險人名冊暨加、退保、異動申請書

通訊處(收件章)

保單號碼		要保單位	
連絡電話		傳真號碼	

※ 投保名單與基本資料 【請正楷書寫清楚】

序號	1	2	3	4	5
申請項目(請打✓)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更
異動日期/到職日期 最後工作日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
部門編號					
員工編號					
被保人姓名(簽署)					
與員工關係 員工本人免填, 眷屬請打✓	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母
出生日期(yyy/mm/dd)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
身分證字號 非本國籍請填新式居留證號					
國籍(非本國籍者請填寫)					
工作性質及內容					
職業_職級	第 級	第 級	第 級	第 級	第 級
投保等級(計畫)					
投保險種/保額	壽險GTL: _____ 萬 意外險GPA: _____ 萬 意外醫療: _____ 萬 其他: _____ 其他: _____	壽險GTL: _____ 萬 意外險GPA: _____ 萬 意外醫療: _____ 萬 其他: _____ 其他: _____	壽險GTL: _____ 萬 意外險GPA: _____ 萬 意外醫療: _____ 萬 其他: _____ 其他: _____	壽險GTL: _____ 萬 意外險GPA: _____ 萬 意外醫療: _____ 萬 其他: _____ 其他: _____	壽險GTL: _____ 萬 意外險GPA: _____ 萬 意外醫療: _____ 萬 其他: _____ 其他: _____
職業 專用欄 (未投保請勿填寫)	實際薪資				
	職災保險 投保薪資				
生效日期					
其他說明					

**注意事項:**

- 身故保險金或喪葬費用保險金受益人以要保人於要保書約定為準; 但如被保險人已具名指定者, 依其指定。前述被保險人如欲(或變更)具名指定受益人時, 要保人應依被保險人之要求檢具團體保險受益人指定通知暨同意書保險事故發生前送達保險公司。
- 失能保險金及各項醫療保險金受益人為被保險人本人, 本公司不受理其指定或變更。
- 身故保險金或喪葬費用保險金受益人為被保險人之法定繼承人時, 其受益順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。
- 身故保險金受益人如係身分別之指定或要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話時, 則以要保人最後所留存於本公司之聯絡方式, 作為日後身故保險金受益人之通知依據。
- 要保單位為被保險人辦理加保、退保或變更時, 如保險單已約定須提供相關文件時(如被保險人健康聲明書、勞保加入表...等), 請務必一併送達本公司。

**要保人聲明及被保險人聲明:**

- 要保人向貴公司辦理加保、退保、異動之被保險人, 確為本公司之員工(成員)及其眷屬(配偶、子女、父母)。
- 要保人向貴公司投保上述團體保險契約, 並已向全體被保險人告知投保內容, 經被保險人授權同意就約定之保險金額及投保內容委由要保人全權代理辦理投保事宜。
- 本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意凱基人壽保險(股)公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線, 並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考, 但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠, 不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 本人(被保險人、要保人)同意凱基人壽保險(股)公司就本人之個人資料, 於「個人資料保護法」所規定之範圍內, 有為蒐集、處理及利用之權利。

通訊處名稱 送件單位	業務員 1	業務員 2	要保單位及負責人(蓋章)	保險公司 受理欄
	簽名	簽名		
	登錄證號	登錄證號		
			填寫日期: 年 月 日	

