

團體保險被保險人名冊暨加/退保申請書

收件章

保單號碼：_____ 要保人：勝利食品股份有限公司 聯絡電話：02-23456789 傳 真：02-23456879

① 異動項目 (打✓) 加保 變更 退保	② 異動日期	③ 員工編號	④ 被保險人簽署	⑤ 出生年月日			⑥ 工作性質內容	⑦ 職業類別	⑧ 投保計劃	⑨ 保險內容 (請將異動後之保險內容全部填寫)				⑩ 職業災害 實際薪資 勞保薪資	⑪ 請參閱備註 受益人 關係/ID	⑫ 是否附加眷屬	⑬ 僅退保眷屬	⑭ 與主被保險人關係			生效日 (保險公司專用)
				身份證號碼	人壽險保額 (TL)	意外險保額 (PA)				意外險醫療 (MT)	BHSR	配偶	子女					父母			
✓	106.7.10		李利	55	5	10	公司管理	1	1	100	100	3	10	王董 夫妻/A200233501	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
				<input type="checkbox"/> 不提供身故受益人地址及電話。 <input checked="" type="checkbox"/> 提供身故受益人地址及電話(請詳述於下方) 地址：新北市淡水區學府路5號1樓 電話：02-23456789																	
✓	106.7.10		王曉君	75	10	5	帳務處理	1	1	100	100	3	10	法定繼承人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
				<input checked="" type="checkbox"/> 不提供身故受益人地址及電話。 <input type="checkbox"/> 提供身故受益人地址及電話(請詳述於下方) 地址：_____ 電話：_____																	
✓	106.7.10		王曉莉	80	3	10	外勤業務 推廣	2	1	100	100	3	10	李林玲 母女/Q200035031	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
				<input type="checkbox"/> 不提供身故受益人地址及電話。 <input checked="" type="checkbox"/> 提供身故受益人地址及電話(請詳述於下方) 地址：新北市汐止區忠孝東路100號10樓 電話：0933123321																	
✓	106.7.10		趙亮	77	8	10	外勤業務 推廣	2	1	100	100	3	10	法定繼承人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
				<input checked="" type="checkbox"/> 不提供身故受益人地址及電話。 <input type="checkbox"/> 提供身故受益人地址及電話(請詳述於下方) 地址：_____ 電話：_____																	

備註：1. 身故保險金受益人如係指定法定繼承人或為其他身分別之指定及如有要保人或被保險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，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

2. 身故受益人如採指定個別家屬時，依金融機構防制洗錢辦法要求需提供受益人姓名、身分證號(外籍人員請提供居留證統一證號或護照號碼)。

聲明事項：

- 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 貴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 貴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。
- 本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保 貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知 貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 貴公司仍承保者， 貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。(實支實付型傷害醫療保險適用)
- 本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保 貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知 貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 貴公司仍承保者， 貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任，但 貴公司應以「日額」方式給付。(實支實付型醫療保險適用)

要保人及負責人蓋章

經辦

請務必蓋妥公司及負責人章

填表日期： 106年7月10日