英國保誠人壽

團體保險被保險人名冊暨加/退保申請書

收件章

保單號碼：3001000555　要保人：勝利食品股份有限公司公司　聯絡電話：＿＿＿＿＿＿　傳　真：＿＿＿＿

異動項目(打✓) 加保	變更	退保	異動日期	被保險人簽署	出生年月日 / 身份證號碼	工作性質內容	職業類別	投保計劃	保險內容 (請將異動後之保險內容全部填寫) 人壽險保額(TL)	意外險保額(PA)	意外險醫療(MT)			職業災害 實際薪資 / 勞保薪資	身故受益人	生效日(保險公司專用)
✓			107 09 20	林小敏	75 08 20 / C220120227	總務行政	1	1	30	100	3				■法定繼承人(免身故受益人基本資料) □指定受益(請接續填寫受益人資料)	
															□法定繼承人(免身故受益人基本資料) □指定受益(請接續填寫受益人資料)	
															□法定繼承人(免身故受益人基本資料) □指定受益(請接續填寫受益人資料)	

指定身故受益人姓名：＿＿＿＿＿＿與被保險人關係：＿＿＿＿國籍：＿＿＿＿身分證號／居留證號：＿＿＿＿＿＿
出生日期：＿＿＿＿＿＿聯絡電話：＿＿＿＿＿＿戶籍或通訊地址：＿＿＿＿＿＿

指定身故受益人姓名：＿＿＿＿＿＿與被保險人關係：＿＿＿＿國籍：＿＿＿＿身分證號／居留證號：＿＿＿＿＿＿
出生日期：＿＿＿＿＿＿聯絡電話：＿＿＿＿＿＿戶籍或通訊地址：＿＿＿＿＿＿

指定身故受益人姓名：＿＿＿＿＿＿與被保險人關係：＿＿＿＿國籍：＿＿＿＿身分證號／居留證號：＿＿＿＿＿＿
出生日期：＿＿＿＿＿＿聯絡電話：＿＿＿＿＿＿戶籍或通訊地址：＿＿＿＿＿＿

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)等基本資料。

要保人及負責人蓋章　經辦

聲明事項：

1.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。

2.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。

3.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。

4.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)

5.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)

請務必蓋妥公司及負責人章

填表日期：107 年 9 月 19 日

本表一式兩聯一併寄送本公司