

富邦產物團體傷害保險暨團體健康保險被保險人異動通知書 (團體傷害保險適用)

保單號碼：_____ 要保單位名稱：_____ 聯絡人：_____ 電話：_____ 分機：_____ 傳真：_____

序號	異動項目	異動日期	員工編號	員工身分證號/ 居留證號碼(非員工本人必填)	員工姓名	*被保險人身分證號	*被保險人姓名	*被保險人與員工關係	出生日期	工作內容	職類	投保計畫	身故受益人		投保實支	被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)?(如勾選是者,請提供相關證明文件)	被保險人簽名 ※未達7足歲者由法定代理人代簽	法定代理人簽名 ※被保險人未滿20足歲者須加簽
													姓名	與被保險人之關係				
01	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 修改														<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
02	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 修改														<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
03	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 修改														<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
04	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 修改														<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
05	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 修改														<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
06	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 修改														<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
07	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 修改														<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
08	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 修改														<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
09	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 修改														<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
10	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 修改														<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

<p>【註一】：被保險人加保資格：加保人須具有參加本團險計畫資格且正常工作者。</p> <p>【註二】：異動日期：加保、退保、修改資料之生效日期。</p> <p>【註三】：外籍人士投保時，需再同時提供居留證影本。</p> <p>【註四】：被保險人變更基本資料(如：更改姓名)，請檢附相關證明文件(如：身份證影本)。</p> <p>【註五】：員工本人退保或不承保者，眷屬亦同時退保或不予承保。</p> <p>【註六】：辦理退保時，眷屬資料可免填。</p> <p>【註七】：其他規定，依本公司核保及批改準則辦理。</p> <p>【註八】：本人(被保險人)同意 貴公司將上所载本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前上開資料作為承保與否之依據。</p>	投保單位章		保險公司審核欄位			保經代簽署欄	
		協理區主管		單位主管		覆核人員	
		核保人員		輸入人員		受理日期	
		負責人章		*批改申請人 經辦代號(9碼)			

