

團體保險被保險人名冊暨加保/退保通知書

要保單位：

保單號碼：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請項目	異動日 (離職請填寫最後工作日)	員工姓名	眷屬		身分證字號(居留證號)		出生(民國) 年月日	計劃別	工作內容 (請勿填寫職稱)	實際薪資 職災保險 投保薪資	部室別 /代號 員工 代號	聯絡地址	身故保險金或喪葬費用保險金受益人 (以被保險人家屬或法定繼承人為限) ☐ 以要保人於要保書約定為準。 ☐ 如下表說明。
			姓名	關係	外籍人士請填性別、國籍								
					性別	國籍							
☐ 加 ☐ 退 保保													姓名：關係： 身分證字號： 聯絡電話：： 聯絡地址：
☐ 加 ☐ 退 保保													姓名：關係： 身分證字號： 聯絡電話：： 聯絡地址：
☐ 加 ☐ 退 保保													姓名：關係： 身分證字號： 聯絡電話：： 聯絡地址：
☐ 加 ☐ 退 保保													姓名：關係： 身分證字號： 聯絡電話：： 聯絡地址：
☐ 加 ☐ 退 保保													姓名：關係： 身分證字號： 聯絡電話：： 聯絡地址：

註1. 若被保險人之聯絡地址未填寫，則以要保人(要保單位)最後所留之聯絡地址，作為日後被保險人之通知依據。

2. 本國人士，免填性別、國籍欄位。

3. 受益人指定二人以上，除特別指定比例或順位給付方式外，由該項保險金之所有受益人平均分配。

4. 受益人指定如為身分別之指定，及如有要保人(要保單位)不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話，則以要保人(要保單位)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。

聲明事項：

1. 本人(被保險人)同意台灣人壽得蒐集、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)同意台灣人壽將本要保書上所载本人資料轉送產、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)同意台灣人壽就本人之個人資料，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。

*本要保單位已獲得全體被保險人同意，由本要保單位全權規劃保險事宜，特與台灣人壽保險股份有限公司訂立一年定期團體保險事宜。

要保人(要保單位)蓋章

負責人/代表人簽章

中華民國_____年_____月_____日

保險公司審核欄

保險公司受理欄