

團體保險被保險人名冊

(請 選) 新契約 加保

保單號碼:

要保單位:

部門代號	主被保險人姓名	眷屬姓名/稱謂 (無附加免填)	身分證字號 (護照或居留證)	出生日期 (民國)	工作內容 或職稱	職業等級	身故受益人 (*如指定受益人,則務必於"補充說明欄"填寫受益人地址及電話)		計劃	計劃內容												
							姓名	稱謂		GLT	GPA	GMR	GHDI	GICI	GSI	GAHI	GAIC	GASI				

補充說明:

員工姓名	受益人姓名	受益人電話	受益人地址

被保險人簽名: _____

註: 各險種之英文簡稱對照表(保額請以萬元或單位別表示)

團體一年定期保險(萬):GLT	團體意外傷害保險(萬):GPA
團體醫療病房費用保險金(單位):GHDI	意外傷害醫療保險金(萬):GMR
團體醫療加護病房保險金(單位):GICI	日額型傷害醫療保險金(單位):GAHI
團體醫療外科手術費用保險金(單位):GSI	意外傷害加護病房醫療保險金(單位):GAIC
	意外傷害門診手術醫療保險金(單位):GASI

要保單位欄 (傳真日期: _____)	壽險顧問欄	通訊處受理欄	保險公司審核欄
	單位 _____ 姓名 _____ 代號 _____ 收件 _____ 日期 _____		本公司同意承保, 並自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日零時起生效 _____ 公司章 _____ 核保員 _____ 經辦人
要保單位章	負責人章		

註: 有任何塗改者, 請於塗改處加蓋要保單位章

第一聯: 保險公司留存 第二聯: 客戶留存