

宏泰人壽保險股份有限公司

團體保險被保險人投保名冊/異動通知書



要保單位：

保險單號碼：

第 頁

保險證號	加保	退保	被保險人		身分別	身分別為眷屬時		職業 (工作內容)	異動日期	基本保障內容	附加保障內容(專案件填寫)			職業災害保險 勞保投保薪資 實領薪資	身故/喪葬費用保險金受益人		國籍 <small>(被保險人及受益人非本國籍請填寫)</small>	聯絡方式 (勾選其它請務必填寫聯絡電話)	職業類別 (由保險公司填寫)	
			姓名及簽署	出生年月日		員工姓名	與員工關係				GTL	GHI	關係		姓名	聯絡地址/電話				
			身分證統一編號	性別		配偶□子女□父母									姓名					身分證統一編號
					<input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬		<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母			計畫	萬元	單位	萬元/單位				<input type="checkbox"/> 同要保單位 <input type="checkbox"/> 不同意提供(註)		<input type="checkbox"/> 同要保單位 <input type="checkbox"/> 其它_____	

- 說明：一、被保險人投保資格、保險等級及保險金額需符合要保書約定。
 二、要保書如已指定「身故受益人詳團體保險被保險人投保名冊/異動通知書」時，則需填寫受益人姓名、身分證統一編號、關係及聯絡方式。**註：如身故/喪葬費用保險金受益人以身分別指定，或不同意填寫受益人之聯絡地址及電話者，則以要保人最後所留之聯絡方式作為日後身故/喪葬費用保險金受益人之通知依據。**
 要保書如指定「身故受益人依勞動基準法規定給付順位或法定繼承人」，但又於本名冊指定受益人時，本公司將依名冊指定之受益人為身故受益人。
 三、本通知書以傳真或正本寄送方式皆可。宏泰人壽傳真專線：(02)2716-6863。
 四、本通知書上之簽收章僅為收件之證明，被保險人之保險效力需經本公司核保通過後，以保單條款所載之異動生效日為認定基準，並另行製發被保險人名冊。
 五、附加職業災害保險時，請填寫每位被保險人之勞保投保薪資及實領薪資。

要保單位及負責人簽章
申請日期：中華民國 年 月 日

保險公司專用欄	郵戳(傳真)日期		年 月 日	
	加(退)保生效日期		年 月 日零時	
	覆核		經辦	