

全球人壽保險股份有限公司



團體保險被保險人加保通知單

團險事業部收件章		經辦
傳真日期	年 月 日	
郵戳日期	年 月 日	

要保單位：_____ 保單號碼：_____

編號	被保險人姓名	身分代號 員工 1 配偶 2 子女 3 父母 4	出生日期	身分證字號	僱用日期	詳細工作內容 或實際投保月薪	職災保險 職投保保月薪	投保資料						聯絡資訊 行動電話、E-mail 或地址
								定期壽險	傷害保險	醫療限額 傷害保險	醫療日額 傷害保險	住院醫療 限額保險	癌症醫療 保險	
								單位：萬元	單位：萬元	單位：萬元	級別	級別	級別	

上列員工或眷屬須經 貴公司核保同意認可後，其保險始行生效。且 貴公司有權就核定後的承保險種或保險金額，直接在本通知單上修改或刪除。

此 致

全球人壽保險股份有限公司

生效日期	民國	年	月	日	零時
核定	覆核	初核			

要保單位簽章 _____

通知日期 _____

傳真日期 _____

郵戳日期 _____

