



受理單位：

受理日期：

團體保險加退保申請書

保單號碼：

受理號碼：

要保單位： _____

聯絡人： _____ 電話： _____ 傳真： _____

加保人員名單

姓名	出生年月日 身分證字號	保險 計劃	詳細工作內容 職業代碼	職業 等級	職位	雇用 日期	身故受益人姓名(註一)		備註欄(註二)	
							身分證字號	關係	勞保職災 投保薪資	職災投保薪資

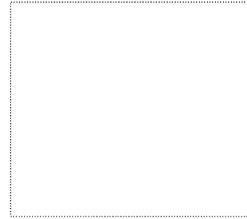
註一：此欄位僅供於本要保書上身故保險金受益人欄勾選「詳團體保險被保險人名冊」者指定用，若身故保險金受益人欄位已勾選其他受益人選項，在此指定無效。身故保險金受益人的指定及變更，以該被保險人的家屬或其法定繼承人為限。
註二：投保團體職業災害保險者，須填寫備註欄：「勞保職災投保薪資」即「勞工職業災害保險投保薪資」，是比照勞工職業災害保險及保護法有關薪資之認定標準，並按有效之分級表所對照之金額。「職災投保薪資」即「職業災害保險月投保薪資」，是指比照勞動基準法有關工資之定義及解釋所核計並向本公司投保之金額。

退保人員名單

姓名	身分證字號	出生年月日	離職日期	備考

1. 上列加保人員均符合所約定的投保資格，須經 貴公司核保同意認可後其保險始生效力，且 貴公司有權利依核保結論直接在本名冊上修改或刪除。
2. 上列退保人員已喪失投保資格，請 貴公司依據契約條款終止其保險效力。

核 保 專 用 欄	本次加保自 年 月 日午夜十二時起生效
	本次退保自 年 月 日午夜十二時起生效
	核 定 經 辦



要保單位章



負責人簽章

業務員／登錄字號： _____

業務員電話： _____

通訊處： _____

通知日期： _____

傳真專線 台北桃竹：(02)2722-4680 高雄：(07)550-8899
台 中：(04)2382-6757 台 南：(06)224-7772



GI1113