富邦產物團體傷害保險暨團體健康保險被保險人異動通知書（團體傷害保險適用）

□進件 □歸檔

保單號碼：＿＿＿＿＿＿ 要保單位名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 聯絡人：＿＿＿＿＿＿ 電話：＿＿＿＿＿＿分機：＿＿＿ 傳真：＿＿＿＿＿＿

序號	異動項目	異動日期	員工編號	員工身分證號（非員工本人必填）	被保險人身分證號	被保險人姓名	被保險人與員工關係	出生日期	工作內容	職類	投保計畫	身故受益人		投保實支	被保險人簽名※未達7足歲者由法定代理人代簽	法定代理人簽名※被保險人未滿20足歲者須加簽
												姓名	與被保險人之關係			
01	□加保 □退保 □修改													□是 □否		
02	□加保 □退保 □修改													□是 □否		
03	□加保 □退保 □修改													□是 □否		
04	□加保 □退保 □修改													□是 □否		
05	□加保 □退保 □修改													□是 □否		
06	□加保 □退保 □修改													□是 □否		
07	□加保 □退保 □修改													□是 □否		
08	□加保 □退保 □修改													□是 □否		
09	□加保 □退保 □修改													□是 □否		
10	□加保 □退保 □修改													□是 □否		

【註一】：被保險人加保資格：加保人須具有參加本團險計畫資格且正常工作者。
【註二】：異動日期：加保、退保、修改資料之生效日期。
【註三】：外籍人士投保時，需再同時提供居留證影本。
【註四】：被保險人變更基本資料(如：更改姓名)，請檢附相關證明文件(如：身份證影本)。
【註五】：員工本人退保或不承保者，眷屬亦同時退保或不予承保。
【註六】：辦理退保時，眷屬資料可免填。
【註七】：其他規定，依本公司核保及批改準則辦理。
【註八】：本人(被保險人)同意　貴公司將上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前上開資料作為承保與否之依據。

投保單位章	負責人章

保險公司使用欄		
覆核人員	核保人員	輸入人員
受理日期	申請人	
	經辦代號： 姓名：	