

**團體保險 被保險人名冊 (投保險種：□健康險 □傷害險)**

**※ 被保險人曾患有疾病而接受醫師治療、診療或用藥，或身體機能有障害者，請另參考本公司「被保險人健康告知書」；**

**如有健康告知書（告知事項欄）所列病症情況者，應補填完整之健康告知書。**

要保書受理號碼：

**※ 依保險法第127條，保險契約訂立時，投保健康險之被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。**

**※ 意外事故發生時，投保傷害險之被保險人未滿15足歲者，僅給付失能保險金。**

**※ 被保險人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及**

**利用本人個人資料之目的及用途。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **編****號** | **被保險人****(親自簽名)** | **身分證字號** | **出生****年月日** | **性****別** | **投保身份** | **保險內容 (健康險請填投保計畫即可，傷害險二擇一填選)** | **合計****保險費****(新台幣元)** | **詳細****工作內容** | **監護****宣告****(未勾選者，視為否)** | **身故受益人** | **法****定****代****理****人****簽****章** |
| **1.員工2.配偶3.子女****4.父母** | **員工姓名****(身份為配偶或子女者請加填)** | **投保****計畫****◎投保內容若超出右列，請填計畫別** | **團體傷害保險** | **職災保險** | **姓名 \*未填視為＂法定繼承人＂** | **關係****(為被保險人之)** |
| **意外事故****身故失能** | **實支****實付** | **住院****日額** | **月投保****薪資** | **實際****每月薪資** | **職業代碼／分類（本公司填）** | **電話、地址未填者以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故受益人之通知依據。** |
|  |  |  |  | **□男****□女** |  |  |  | **保額** |  **萬** |  **萬** |  **元** |  **元** |  **元** |  |  | **□否****□是** |  |  |  |
| **保費** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **／**  | **電話:** **地址:□□□**  |
|  |  |  |  | **□男****□女** |  |  |  | **保額** |  **萬** |  **萬** |  **元** |  **元** |  **元** |  |  | **□否****□是** |  |  |  |
| **保費** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **／**  | **電話:** **地址:□□□**  |
|  |  |  |  | **□男****□女** |  |  |  | **保額** |  **萬** |  **萬** |  **元** |  **元** |  **元** |  |  | **□否****□是** |  |  |  |
| **保費** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **／**  | **電話:** **地址:□□□**  |
|  |  |  |  | **□男****□女** |  |  |  | **保額** |  **萬** |  **萬** |  **元** |  **元** |  **元** |  |  | **□否****□是** |  |  |  |
| **保費** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **／**  | **電話:** **地址:□□□**  |
|  |  |  |  | **□男****□女** |  |  |  | **保額** |  **萬** |  **萬** |  **元** |  **元** |  **元** |  |  | **□否****□是** |  |  |  |
| **保費** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **／**  | **電話:** **地址:□□□**  |
|  |  |  |  | **□男****□女** |  |  |  | **保額** |  **萬** |  **萬** |  **元** |  **元** |  **元** |  |  | **□否****□是** |  |  |  |
| **保費** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **／**  | **電話:** **地址:□□□**  |
|  |  |  |  | **□男****□女** |  |  |  | **保額** |  **萬** |  **萬** |  **元** |  **元** |  **元** |  |  | **□否****□是** |  |  |  |
| **保費** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **／**  | **電話:** **地址:□□□**  |
|  |  |  |  | **□男****□女** |  |  |  | **保額** |  **萬** |  **萬** |  **元** |  **元** |  **元** |  |  | **□否****□是** |  |  |  |
| **保費** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **／**  | **電話:** **地址:□□□**  |
|  |  |  |  | **□男****□女** |  |  |  | **保額** |  **萬** |  **萬** |  **元** |  **元** |  **元** |  |  | **□否****□是** |  |  |  |
| **保費** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **／**  | **電話:** **地址:□□□**  |
|  |  |  |  | **□男****□女** |  |  |  | **保額** |  **萬** |  **萬** |  **元** |  **元** |  **元** |  |  | **□否****□是** |  |  |  |
| **保費** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **元** |  **／**  | **電話:** **地址:□□□**  |

要保人(代表人)簽章:

本頁人數共 人；保費共 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 元 (共 頁;第 頁)