

保單號碼：_____ 要保單位名稱：_____ 員工姓名：_____ 員工編號：_____ 身分證號：_____

部門(單位)：_____ 出生日期：民國_____年_____月_____日 家庭年收入：_____萬元 行動電話：_____

電話：公() _____ 宅() _____ 通訊地址：□□□

【填寫說明】

- 若被保險人為外籍人士時，請填寫同護照上之英文全名，並加填性別及國籍。
- 身故保險金受益人限指定被保險人的家屬或其法定繼承人。**未滿15足歲者不承保身故險，請勿填寫身故保險金受益人。**
- 申請變更時，請填寫欲變更被保險人資料，若未填寫者則視為維持不變。
- 若個別被保險人基於核保上之需要，請另行填寫富邦人壽團體保險健康聲明書。
- 本表請勿塗改，如有塗改，請於塗改處簽名或更換表格重新填寫。

全戶被保險人退保(僅限「年度續約時員工全戶退保用」或「員工離職、退休、留職停薪」時全戶必須退保)，最後工作日：_____年_____月_____日。

異動類別	被保險人 (員工或家屬)		身分證字號 (外籍人士請填寫護照號碼)		身故保險金受益人 ※受益人指定二人以上，請註明順位或分配比例，若未勾選則為均分。 ※本人(要保人)已知悉「身故保險金受益人」如係身分別之指定(如：法定繼承人)，及本人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以本人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。受益人經指定為法定繼承人者，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定。					計劃別 (請勾選欲參加之計劃別)	
	稱謂	姓名 (親簽)	身分證字號 出生年月日	性別	國籍	姓名 身分證字號	關係	國籍 出生年月日	電話 聯絡地址	給付方式	
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	員工		民國 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例-請註明比例 (以分數表示，如：1/2)	<input type="checkbox"/> 計劃二
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	配偶		民國 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例-請註明比例 (以分數表示，如：1/2)	<input type="checkbox"/> 計劃四
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	子女		民國 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例-請註明比例 (以分數表示，如：1/2)	
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	子女		民國 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例-請註明比例 (以分數表示，如：1/2)	
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 退保	子女		民國 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例-請註明比例 (以分數表示，如：1/2)	

註1. 若投保實支實付型醫療保險：本人(被保險人)已知悉並明瞭實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。

註2. 倘每年續保時被保險員工未提出變更申請，將以上一年度所勾選之保險計劃繼續保至被保險人退保或本契約終止為止。

註3. **1. 加保**：被保險人之投保申請(指第一次加保) **2. 變更**：(1)年度續保時調整計劃等級 (2)年度中變更資料，如：變更姓名、變更受益人等 **3. 退保**：(1)年度續保時終止契約(2)年度續保時眷屬不符合資格退保(3)年度中符合退保事項，如離職、退休等。

【要保人與被保險人聲明事項】

- 本人(被保險人)同意富邦人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意富邦人壽將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 本人(被保險人、要保人)同意富邦人壽就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
- 本人(被保險人)同意申請投保貴公司之團體保險契約，一切權利義務以要保單位與富邦人壽所訂之團體保險契約所載全部事項及保單條款為依據。
- 本人同意加入上述勾選之保險計劃，並授權人事單位自本人薪資帳戶中扣除並代為繳付團體保險應繳之保費。

要保單位蓋章	員工簽名	以下欄位由富邦人壽承辦人員填寫 本公司同意上列人員之保險效力， 自民國 年 月 日上午零時起生效。	
		承辦人員	受理收訖章
	填寫日期：_____年_____月_____日		