

團體傷害保險 被保險人名冊

主被保險人：

投保單位：_____（機關名稱）、_____（科、組、室）

員工地址：

聯絡電話：

行動電話：

E-mail：服務人員：

□若員工本人已投保本專案，請打勾(適用於中途加保)

序號	投保狀態	姓名 (請字跡工整)	身分證字號	出生年月日	與主被保 險人關係	工作內容	方案 別	被保險人是否 領有身心障 礙手冊	被保險人是否 受有監護宣 告	受益人姓名	受益人關係	被保險人簽名 (請親簽)	法定代理人簽名 (未滿20歲者需由 法定代理人簽名)
1	<input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
2	<input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
3	<input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
4	<input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
5	<input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
6	<input type="checkbox"/> 初保 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				

注意事項：

- 投保時請檢附本投保名冊(以"戶"為單位)及繳費證明(匯款單或信用卡授權書)、身心障礙手冊正、反面影本(請說明殘障部位及造成原因)。
- 工作內容，請明確說明，盡力避免含糊之名詞。自由業仍需詳述其工作內容，同時有兩種或兩種以上之職業(含兼職)者，應以較危險之工作內容來評估職業等級。
(職業類別之認定依本公司核保準則為認定標準，本公司保留審核職業類別是否接受投保之權利。)
- 被保險人未滿7歲者，由法定代理人代為簽子女姓名；7足歲(含)以上者，請由本人親自簽名。
- 本投保名冊若有塗改請被保險人於塗改處簽名。
- 其他未盡事宜，悉依保險契約雙方當事人約定辦理。