

保單號碼： 

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

☐新契約 ☐加保 ※傳真日期：\_\_年\_\_月\_\_日 (Fax：02-27299345)傳真後請來電(02-27583099 轉團保部)確認

一式兩聯（一聯保險公司留存；一聯要保單位留存）

| 單位代號 | 序號 | 被保險人(員工或家屬)        |        | 身分證號碼 | 出生日(民國)   | 工作內容 | 職 稱 | 職業類別          | 投保等級 | 投保職災險填寫 |        | 身故保險金受 益 人 | 與被 保人 關係 | 備 註 | 保險公司核定欄          |     |
|------|----|--------------------|--------|-------|-----------|------|-----|---------------|------|---------|--------|------------|----------|-----|------------------|-----|
|      |    | 姓 名<br>(請 親 自 簽 名) | 與員工之關係 |       | 年 / 月 / 日 |      |     | 本欄由<br>保險公司填寫 |      | 實際薪資    | 職災保險薪資 |            |          |     | 保險生效日<br>(年/月/日) | 說 明 |
|      |    |                    |        |       | / /       |      |     |               |      |         |        |            |          |     | / /              |     |
|      |    |                    |        |       | / /       |      |     |               |      |         |        |            |          |     | / /              |     |
|      |    |                    |        |       | / /       |      |     |               |      |         |        |            |          |     | / /              |     |
|      |    |                    |        |       | / /       |      |     |               |      |         |        |            |          |     | / /              |     |

| 【被保險人聯絡方式】*請提供被保險人之聯絡資料予遠雄人壽，倘若未能提供，將以要保單位之聯絡資料為通知。 |      |  |      |  | 【受益人聯絡方式】*身故保險金受益人如係分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。 |      |      |
|-----------------------------------------------------|------|--|------|--|---------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 姓名                                                  | 聯絡電話 |  | 聯絡地址 |  | 姓名                                                                              | 聯絡電話 | 聯絡地址 |
|                                                     |      |  |      |  |                                                                                 |      |      |
|                                                     |      |  |      |  |                                                                                 |      |      |
|                                                     |      |  |      |  |                                                                                 |      |      |
|                                                     |      |  |      |  |                                                                                 |      |      |

| 聲 明 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 要保單位暨負責人蓋章                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 本人(被保險人)同意遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下簡稱遠雄人壽)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。<br>2. 本人(被保險人、要保人)同意遠雄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。<br>3. 本人(被保險人、要保人)同意遠雄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。<br>4. 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位與遠雄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。 | <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <div style="border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;">           申請日期：    年    月    日         </div> |

- 茲經 貴單位通知，本公司經核保同意後，上列被保險人之保險效力，除經本公司註明外，自「保險公司核定生效日」上午零時起開始生效。
- 保險公司批註如下：

| 團保行政主管 | 團保部經辦 | 營業處  |  |
|--------|-------|------|--|
|        |       | 服務人員 |  |
|        |       | 行政助理 |  |