

團體保險投保資料表

機密等級：☐極機密 ☒機密 ☐密 ☐普通
文件持有人請嚴加管控本項文件

要保單位

保單號碼

由要保單位填寫	
	經辦人
加蓋要保公司戳記	日期

由保險公司填寫	
	審核
加蓋保險公司戳記	核保人

(11112版)

擇一		擇一				被保險人基本資料			異動生效日	加保或變更							眷屬專用欄位			備註 ※姓名、 身分證字號、 出生年月日 及其它內容變更者 請填寫此欄。	由保險 公司填寫		
員 工	眷 屬	維 持	加 保	變 更	退 保	姓名	出生 年月日	身份證字號	到職日 離職日 變更日	必填欄位		職 業 類 別	性別 ※限外 籍 填寫	員工 部門	員工 編號	職災險專用		倍薪專用	員工 身份證字號		員工 姓名	與員工 之關係	保險生效日
										投 保 計 劃	國 籍 ※限外 籍 填寫					實 際 月 薪	職保 月薪			基 本 月 薪			
連絡地址																							
連絡地址																							
連絡地址																							
連絡地址																							
連絡地址																							
連絡地址																							