



南山人壽

可影印使用

業務行政助理受理欄

通知人/連絡電話：_____/____/____

申請日期：____/____/____

保戶編號：____

保單號碼：____

要保單位名稱：____

*(註)身份別：M-員工(成員)本人；S-配偶；C-子女

保險證號碼	員工(成員) 本人姓名	被保險人 姓名	被保險人 身份別 *(註)	被保險人 身分證字號 (護照號碼)	出生日期	投保 計劃別	職位/ 工作性質	職業 等級	壽險/意外 險投保薪資	職業災害給付保險專用欄 (未投保者保險費免收者請勿填寫)			異動別	異動發生日	備註
										實領薪資	勞保 投保薪資	其它收入			
								☐ 1-3級 ☐ 4級 ☐ 5-6級					☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更		
								☐ 1-3級 ☐ 4級 ☐ 5-6級					☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更		
								☐ 1-3級 ☐ 4級 ☐ 5-6級					☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更		
								☐ 1-3級 ☐ 4級 ☐ 5-6級					☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更		
								☐ 1-3級 ☐ 4級 ☐ 5-6級					☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更		
								☐ 1-3級 ☐ 4級 ☐ 5-6級					☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更		
								☐ 1-3級 ☐ 4級 ☐ 5-6級					☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更		
								☐ 1-3級 ☐ 4級 ☐ 5-6級					☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更		

*本人(被保險人、要保人)同意南山人壽、合作推廣本保單之保代/保經及辦理本保單再保險業務之再保險公司得依「個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、處理及利用之權利。

*本保險商品皆為團體一年定期保險，續保須經雙方議定，南山人壽不保證續保。

*所有申請加保於本保單之被保險人(含保單生效後加保者)，南山人壽將依投保內容及其他相關資訊(含同業通報資訊)進行核保審查，並保留最終承保與否之決定權。

*非中華民國國籍者需於備註欄加註國籍資料及英文全名。

業務員姓名/代號：_____/____ 通訊處/代號：_____/____ 要保單位簽章：____

連絡電話：____

GRO 207

201507版