

(增加)重大疾病保險**團體保險加入調查表**

保單號碼	G31314 - 028	要保單位	彰化基督教醫院職工福利委員會
------	--------------	------	----------------

壹、員工本人資料【請正楷填寫；如續保欲變更資料、請填寫該欄位】

姓名		出生日期		身分證字號	
單位／部門		職稱		員工編號	
行動電話		通訊地址	□□□		
單位電話		電子信箱			

貳、投保名單與基本資料【請正楷填寫】

關係	投保內容	姓名	出生日期 (民國)年/月/日	身分證字號	投保計劃		保費(元)
					去年	今年	
本人	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
配偶	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
子女	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
父親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						
母親	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 變更						

第一次投保請勾選「加保」；如續保時欲變更投保計劃請勾選「變更」。

保險契約有因辦理撤銷、不同意承保或承保內容變更致生退還保險費之情事時，要保人及授權人同意國泰人壽得將應退還之保險費，匯入本授權書所約定之授權人帳戶。

本人已詳閱「保障計劃簡表」並知悉相關內容。

總保費(合計)：_____元、員工本人親簽：_____

國泰人壽內部使用			
項目	服務人員	收件日	生效日
<input type="checkbox"/> 新契約投保			
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			



700097



10301 版