

保單號碼		華南產物保險股份有限公司 團體傷害保險加/退保名冊					批單生效日				
要保單位							批單號碼 (由保險公司填寫)				
異動項目 加保 退保	被保險人 姓名暨簽名	身分證號 (居留證號)	出生日期	工作內容	職級	承保內容 (※可選填方案別或保額)				身故保險金 受益人/關係	保險費
						方案別	傷害險保額	傷害醫療	傷害住院		
							萬	萬	元		
							萬	萬	元		
							萬	萬	元		
							萬	萬	元		
							萬	萬	元		
							萬	萬	元		
							萬	萬	元		
							萬	萬	元		
							萬	萬	元		
							萬	萬	元		
							萬	萬	元		
※本被保險人名冊為構成保險契約之一部份。※身故保險金受益人如係身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，作為日後身故保險金受益人之通知依據。										總保費 (單位：NT\$)	

專案名稱/代號	保源代號	通路欄位			華南保險欄位	
		實駐代號	推介人(姓名/業務員證號)	保經代簽署人簽章	業務員	經手人

要保人 / 負責人簽章
 中華民國_____年____月____日

主管： 再保： 核保： 助理： 校對： 輸入： 通路聯絡人：

保單號碼		華南產物保險股份有限公司 團體傷害保險加/退保名冊	批單生效日	
要保單位			批單號碼 (由保險公司填寫)	
被保險人姓名	身故保險金受益人地址		身故保險金受益人電話	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	

※本被保險人名冊為構成保險契約之一部份。※身故保險金受益人如係身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，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

		專案名稱/代號	保源代號	通路欄位			華南保險欄位	
				實駐代號	推介人(姓名/業務員證號)	保經代簽署人簽章	業務員	經手人

要保人 / 負責人簽章

中華民國_____年____月____日

主管：

再保：

核保：

助理：

校對：

輸入：

通路聯絡人：