

### 員工自費團體保險被保險人異動資料表

保單號碼：\_\_\_\_\_ 要保單位：\_\_\_\_\_ (請勾選投保專案)：醫療險 意外險 生效日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日  
 員工姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 服務單位名稱：\_\_\_\_\_ 機關代碼：\_\_\_\_\_  
 請勾選異動項目：1.全部退保、2.眷屬退保、3.保額異動、4. 機關異動、5. 信用卡異動、6. 其他異動(\_\_\_\_\_)

異動人員資料	被保險人					受益人						
	姓名	身分證字號	出生年月日	國籍	目是否受 監護宣告	姓名	身分證字號	出生年月日	國籍	與被保險人關係	地址	電話
員工					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
配偶					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
子女(一)					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
子女(二)					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
子女(三)					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
父親					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
母親					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
信用卡異動	卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 卡號：_____ - _____ - _____ - _____ 信用卡有效期限：西元____年__月止											
通訊資料異動	地址：						行動電話：					
機關異動	新機關名稱：						新機關代碼(承保單位填寫)：					
退費匯款	戶名 (限員工本人帳戶)		金融機構及分行名稱			金融機構及分行代號			帳號(郵局需含局號)			

※如受益人不同意填寫聯絡地址及電話，則以員工最後所留之聯絡方式，作為日後通知依據，若指定受益人請填(橫式)上述受益人欄位。

#### 異動規定：◎ 1 ~ 4 項作業時間限年度續保當月份受理

- 全部退保：員工資遣、離職、調離非屬該要保單位或員工退保。  
手續：請填本表之機關名稱、機關代碼、員工姓名及身分證號碼。
- 眷屬退保：①眷屬身故或離婚者。  
手續：請填本表之機關名稱、機關代碼、員工姓名及身分證字號和退保眷屬之姓名、身分證字號。
- 保額異動：①只增加意外險單位免填健康聲明書。②減少單位免填健康聲明書。  
手續：除填本表之機關名稱、機關代碼、員工姓名及身分證字號外，請再附上投保資料表。
- 機關異動：調離原所屬機關，但仍在該要保單位服務。  
手續：請填本表之機關名稱(舊)、機關代碼(舊)、新機關名稱及員工姓名、身分證字號等。
- 其它異動：出生年月日、身分證字號、或受益人變更。  
手續：請填本表之機關名稱、機關代碼、受益人等異動者姓名，身分證字號、變更請附證明文件。
- 信用卡異動：信用卡換新卡或更換其他信用卡。  
手續：請於本表之信用卡異動欄內填寫卡別、有效期限、卡號、立授權書人(持卡人)簽名，須與信用卡簽名相同。
- 通訊地址異動：請於本表通訊地址異動欄內填寫新通訊地址及電話。

員工持卡人簽名：  
 行動電話：  
 日期：  
 服務人員：  
 簽收日期：