

保單號碼: CBEC

要保單位(必填):

公司統編(必填):

電話:

電子信箱:

聯絡人:

加保/退保/調整/其他 (請勾選)	異動 年/月/日 (必填)	姓名 (必填)	出生日期 年/月/日 (必填)	身份證字號 (必填)	工作內容 (必填)	投保計畫別 (請勾選)	實領薪資	職保 月投保薪資	職業等級 (由核保人員填寫)	備註
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 調整薪資/工作內容 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 <input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四(限職業等級1~3類) 經理人 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 重複投保 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二				
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 調整薪資/工作內容 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 <input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四(限職業等級1~3類) 經理人 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 重複投保 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二				
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 調整薪資/工作內容 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 <input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四(限職業等級1~3類) 經理人 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 重複投保 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二				
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 調整薪資/工作內容 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 <input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四(限職業等級1~3類) 經理人 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 重複投保 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二				
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 調整薪資/工作內容 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 <input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四(限職業等級1~3類) 經理人 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 重複投保 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二				
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 調整薪資/工作內容 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 <input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四(限職業等級1~3類) 經理人 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 重複投保 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二				
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 調整薪資/工作內容 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 <input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四(限職業等級1~3類) 經理人 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 重複投保 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二				
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 調整薪資/工作內容 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 <input type="checkbox"/> 計畫三 <input type="checkbox"/> 計畫四(限職業等級1~3類) 經理人 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二 重複投保 <input type="checkbox"/> 計畫一 <input type="checkbox"/> 計畫二				

注意事項:

(一)本公司受理傳真設有自動回傳系統,如本文件之資訊可能含有機密或個人資料,使用傳真將可能導致相關機密或個人資料洩漏,若因此造成任何損害本公司恕不負責。

(二)受僱身份異動生效日:(加保、退保、調整薪資及其他之生效時點)

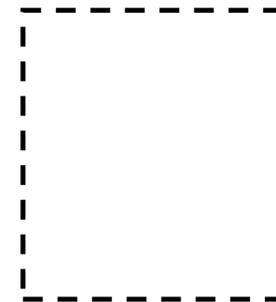
1、本公司對於該等受僱人之異動自收到傳真所載之異動日期生效

加保及調整係依通知書上所載之異動日期零時起開始計費,加保及調整時危險已發生者,其契約無效

退保係依通知書上所載之異動日期午夜24時起開始生效

2、如上述表格文件填寫不完整,本公司將以退件處理不予受理

(三)如有任何問題請洽保戶服務專線 0800-339-899



要保人蓋章:

大章

小章

申請日期:

年 月 日

保險公司使用欄

受理單位收訖

核保單位覆核