

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司
被保險人異動通知書

※填妥後請電郵或傳真至本公司進行受理※
☆E-Mail至ELEC.Taiwan@Chubb.com或傳真0800-818-268

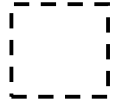
保單號碼:SME _____ 要保單位(必填): _____ 統編:(必填) _____ 要保單位電話: _____ 分機: _____ 電子郵件: _____ 聯絡人: _____

加保/退保/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)	職等等級 (由核保人員 填寫)	備註
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫A <input type="checkbox"/> 計畫B <input type="checkbox"/> 計畫C <input type="checkbox"/> 計畫D <input type="checkbox"/> 計畫E		
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫A <input type="checkbox"/> 計畫B <input type="checkbox"/> 計畫C <input type="checkbox"/> 計畫D <input type="checkbox"/> 計畫E		
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫A <input type="checkbox"/> 計畫B <input type="checkbox"/> 計畫C <input type="checkbox"/> 計畫D <input type="checkbox"/> 計畫E		
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫A <input type="checkbox"/> 計畫B <input type="checkbox"/> 計畫C <input type="checkbox"/> 計畫D <input type="checkbox"/> 計畫E		
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫A <input type="checkbox"/> 計畫B <input type="checkbox"/> 計畫C <input type="checkbox"/> 計畫D <input type="checkbox"/> 計畫E		
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫A <input type="checkbox"/> 計畫B <input type="checkbox"/> 計畫C <input type="checkbox"/> 計畫D <input type="checkbox"/> 計畫E		
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫A <input type="checkbox"/> 計畫B <input type="checkbox"/> 計畫C <input type="checkbox"/> 計畫D <input type="checkbox"/> 計畫E		
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 其他_____						<input type="checkbox"/> 計畫A <input type="checkbox"/> 計畫B <input type="checkbox"/> 計畫C <input type="checkbox"/> 計畫D <input type="checkbox"/> 計畫E		

- 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)被保險人身份異動生效日:(加保、退保及其他之生效時點)
 - 1、本公司對於該等被保險人之異動自收到傳真所載之異動日期生效
 - 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
 - 3、生效日需經本公司核保通過始可追溯
 - (三)如有任何問題請洽保戶服務專線 0800-339-899



大章



小章

要保人蓋章: _____
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