

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司
受僱人異動通知書

※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： 要保單位(必填)： 公司統編(必填)： 要保單位電話： 分機： 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	勞保 月投保薪資	職業等級 (由核保人 員填寫)	備註
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 調整薪資 ☐ 其他_____						☐ 計畫一 ☐ 計畫二 ☐ 計畫三 ☐ 計畫四 ☐ 經理人計畫一 ☐ 經理人計畫二(限投保專案P) ☐ 重複投保計畫一 ☐ 重複投保計畫二(限投保專案P)				
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 調整薪資 ☐ 其他_____						☐ 計畫一 ☐ 計畫二 ☐ 計畫三 ☐ 計畫四 ☐ 經理人計畫一 ☐ 經理人計畫二(限投保專案P) ☐ 重複投保計畫一 ☐ 重複投保計畫二(限投保專案P)				
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 調整薪資 ☐ 其他_____						☐ 計畫一 ☐ 計畫二 ☐ 計畫三 ☐ 計畫四 ☐ 經理人計畫一 ☐ 經理人計畫二(限投保專案P) ☐ 重複投保計畫一 ☐ 重複投保計畫二(限投保專案P)				
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 調整薪資 ☐ 其他_____						☐ 計畫一 ☐ 計畫二 ☐ 計畫三 ☐ 計畫四 ☐ 經理人計畫一 ☐ 經理人計畫二(限投保專案P) ☐ 重複投保計畫一 ☐ 重複投保計畫二(限投保專案P)				
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 調整薪資 ☐ 其他_____						☐ 計畫一 ☐ 計畫二 ☐ 計畫三 ☐ 計畫四 ☐ 經理人計畫一 ☐ 經理人計畫二(限投保專案P) ☐ 重複投保計畫一 ☐ 重複投保計畫二(限投保專案P)				
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 調整薪資 ☐ 其他_____						☐ 計畫一 ☐ 計畫二 ☐ 計畫三 ☐ 計畫四 ☐ 經理人計畫一 ☐ 經理人計畫二(限投保專案P) ☐ 重複投保計畫一 ☐ 重複投保計畫二(限投保專案P)				
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 調整薪資 ☐ 其他_____						☐ 計畫一 ☐ 計畫二 ☐ 計畫三 ☐ 計畫四 ☐ 經理人計畫一 ☐ 經理人計畫二(限投保專案P) ☐ 重複投保計畫一 ☐ 重複投保計畫二(限投保專案P)				
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 調整薪資 ☐ 其他_____						☐ 計畫一 ☐ 計畫二 ☐ 計畫三 ☐ 計畫四 ☐ 經理人計畫一 ☐ 經理人計畫二(限投保專案P) ☐ 重複投保計畫一 ☐ 重複投保計畫二(限投保專案P)				

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
- 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



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