



Health Net®

LIFE INSURANCE COMPANY

Life Premium Accounting & Eligibility

Post Office Box 9103 · Van Nuys, California 91409-9103

團體員工 / 眷屬投保

投保
 變更

資料缺漏會延誤處理本投保書的時間。

僱主

投保人姓名			保單編號		
員工職稱	聘僱日期	承保生效日期		員工薪資	
員工類別 (如適用則請填)		每週工作時數		<input type="checkbox"/> 時薪 <input type="checkbox"/> 週薪 <input type="checkbox"/> 月薪 <input type="checkbox"/> 年薪	
				\$ _____	

僱主：請將副本寄到前述地址給康寧人壽保險公司。

員工

A. 一般資料						
員工姓氏	名字	中間名	社會安全號碼	出生日期	性別	婚姻狀況
街道名稱和門牌號碼		城市	州	郵遞區號	電話號碼 ()	
配偶 / 同居伴侶	姓氏	名字	中間名	社會安全號碼	出生日期	性別
子女						
子女						

附註：如有其他子女，應另行列出基本資料並附於本投保書一同繳交。

B. 承保資料	
<input type="checkbox"/> 基本金額 (員工) \$ _____ (含意外身故及殘障保險)	<input type="checkbox"/> 附加壽險金額 \$ _____
<input type="checkbox"/> 眷屬壽險 \$ _____	<input type="checkbox"/> 加意外身故及殘障保險金額 \$ _____
<input type="checkbox"/> 配偶 / 同居伴侶金額 \$ _____	<input type="checkbox"/> 配偶 / 同居伴侶金額 \$ _____
<input type="checkbox"/> 子女金額 \$ _____ 嬰兒金額 = 子女的 10%	<input type="checkbox"/> 子女金額 \$ _____

C. 指定受益人 (須有壽險與意外身故及殘障承保)						
姓氏	名字	中間名	社會安全號碼	與員工關係		
街道名稱和門牌號碼		城市	州	郵遞區號	電話號碼 ()	

附註：如有其他附加或次順位受益人，應另附紙張載明並附於本投保書一同繳交。

D. 聲明	
本人要求加入如所載之本人僱主團體保險，並確認員工部分的資料完全正確。此外，如適用，本人授權本人僱主得自本人薪資中扣除因本項承保而需支付之任何款項。	
如本人在以上壽險和 (或) 眷屬承保項目勾選「否」，則本人瞭解康寧人壽保險公司可能不會核准本人要求變更此一選擇，除非本人提供令保險公司滿意之可保性證明。	
簽名 X	日期

團體員工 / 眷屬投保

投保書填寫說明

僱主 填寫僱主部分。

員工 填寫 A 到 D 部分。

A 部分

- 符合資格的眷屬包括您的丈夫或妻子、或同居伴侶 (按加州法律定義)，以及未滿 21 歲的未婚子女，如子女為學生則應未滿本計畫規定之年齡。

B 部分

- 每個承保選項都要勾選「是」或「否」，並標示承保金額。(如果您不確定自己是否有資格取得某項福利，請詢問您僱主的福利管理人。)
- 指明您的承保是固定金額或以您薪資的倍數計算。(如果您不確定自己的福利設計或自己符合資格的承保金額，請詢問您僱主的福利管理人。)
- 如果附加壽險和附加意外身故及殘障保險承保所選擇的金額超出保證核發金額時，您必須繳交可保性證明 (EOI)。

C 部分

- 壽險和意外身故及殘障保險承保須指定受益人。

請填寫受益人的全名 (例如 Smith, Mary J.，而非 Smith, John T. 夫人)。

如果您已表示您的受益人是信託或遺囑，我們便會寄給您特定的投保書請您填寫。如果您不希望受益人一次領取全部金額，則您亦須填寫特定投保書。

如果受益人是退休金計畫的受託管理人，請提供計畫名稱。

除非您指明我們應按不同比例支付各受益人，否則我們會向支付受益人均等金額。

D 部分

- 您必須在此部分簽名，不過只要您拒絕任何一項承保項目，便需要證人簽名。
- 投保書填寫完後，最後一聯請您保留存查。