



피보험자(보험대상자) 추가 및 탈퇴 신청서

보험료 정산 특약 약관 및 협정서에 의거 추가 입사자(피보험자), 퇴사자를 신청하니, 최초 계약시 가입 금액과 동일하게 처리해주시기 바랍니다.

추가 입사자 가능 주피보험자 : 추가 가입 요청 시점에 Full Time으로 근무 중인 직원 및 그 가족임 (Full Time 근무 중인 직원은 1주일에 40시간 이상 근무하는 직원을 말함)

*구분과 요청일자를 반드시 기입부탁드립니다.

■ 계약사항

접수 방법 : E-mail (KR.POS_GroupService@aia.com) 또는 FAX (02-756-6252)로 접수

*사업자번호	*단체명(보험계약자)	단체코드번호	계약일	담당자	담당자 연락처 (Tel / Fax)	담당자 E-mail	보험료청구서 수신방법 (Fax / E-mail)
							Fax.() / E-mail.()

■ 피보험자 정보

(*필수 기재 사항)

NO	*구분 [추가 입사자 / 퇴사자]	*요청일	본인(직원)		추가정보				가족 (배우자 또는 자녀)				
			*성명	*주민번호	*국적	영문명	직급	연봉	관계	성명	주민번호	국적	영문명
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

* 계약전 알필의무사항에 대한 안내

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위변조 또는 청약일 이전에 알 또는 인간면역결핍바이러스(HIV)감염의 진단 확정을 받은후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

· 신원정보의 제공 및 조회에 대한 동의(계약의 체결, 유지관리 및 보험모집질서 유지 등의 목적 또는 공공기관의 정책 자료 제공 관련)는 귀사에서 피보험자(주피보험자/종피보험자)를 대표하여 동의하신 것으로 하며 추가자에 대한 신원정보제공 및 조회에 대한 청약서 상에 동의하셨던 내용과 동일하게 적용 됩니다.

· 계약자는 상기 단체보험 체결과 관련하여 모든 피보험자(보험대상자)에게 위임을 동의 받았으며 피보험자(보험대상자)를 대표하여 단체보험을 체결합니다. 보험사는 계약자에게 약관을 중요한 내용에 대하여 충분히 설명하고 계약자는 피보험자(보험대상자)에게 약관의 중요한 내용을 설명합니다.

· 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위변조 또는 청약일 이전에 알 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

- 임금일로 계약일자가 변경되며, 변경된 계약일자로 보험료 재산출하므로, 보험료 변동이 있을 수 있습니다.

- 추가 입사자의 보장개시일은 추가입사자 보험료 전액 납입일로부터 단체의 만기일까지로 하고

퇴사자의 보장 중지는 당사에 최사를 청구한 날부터 보장이 중지됩니다.

- 추가자 입사자가 많은 경우 별지를 첨부하여 주시기 바랍니다.

- 추가 입사자가 외국인의 경우에는 반드시 영문명과 국적을 기재하여 주시기 바랍니다.

- 보험료 청구서의 수신방법(Fax 또는 E-mail)을 기재하여 주시기 바랍니다.

- 피보험자 사망은 보험금부로 접수하여 주세요.

* 피보험자 교체 가능 조건

- 계약자가 보험료의 전액을 납부 할 경우

- 평균연령이며, 보장내역이 동일 할 경우 (종피보험자가 있는 경우 종피보험자의 성별 및 가입금액도 동일 하여야함)

- 동일한 성별의 입사/퇴사자가 동일한 날짜에 발생했을 경우

신청일자 :

년 월 일

보험 계약자
(단체)

명판 및 직인날인



*별지-추가입퇴사 신청서

AIA생명

■ 피보험자 정보

(*필수 기재 사항)

NO	*구분	*요청일	본인(직원)		추가정보				가족 (배우자 또는 자녀)				
	[추가 입사자 / 퇴사자]		*성명	*주민번호	*국적	영문명	직급	연봉	관계	성명	주민번호	국적	영문명
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													