

附件五甲 5 保險公司核保人員名冊（保險公司名稱：\_\_\_\_\_）

核 人	保 員	身 分 證 統 一 編 號	出 生 年 月 日	住 所 地 址	電 話	最 學 高 歷	主 經 要 歷

註：請附身分證或護照等身分證明文件，與學、經歷證明影本。