新光產物保險

地址
免付
要保
或至本公司總分支機構查閱資訊公開說明文件

保單號碼請務必填

此處請填寫貴單位名稱

體傷害保險人員異動

保單號碼		要保單位		批單號碼	
保險期間		批單有效期間	自　　年　　月　　日，24時起生效		___正本 __副本

人員異動契約變更事項

編號	加/退（保額異動勿填）	生效日期（00時）	被保險人姓名	身份證字號	出生年月日	工作性質（請詳述實際內容）	職業類別（核保人員填寫）	保險金額：意外身故、失能(萬)	保險金額：傷害醫療實支實付 每次限額(萬)	保險金額：住院實支實付傷害醫療 累積限額(萬)	保險金額：傷害醫療住院日額 定額(元)	身故受益人（如指定請填寫第2頁）未勾選，視為同意以法定繼承人為身故受益人	保險費（元）	備註（例如：保額變更）
	■加保 □退保	113/02/01	陳小明	A123456789	70.01.01	社工督導		200	3		1000	□法定□指定		
	□加保 ■退保	113/03/18	徐小明	B123456789	80.01.01	社工師		200	3		1000	□法定□指定		03/17離職
	□加保 □退保											□法定□指定		
	□加保 □退保											□法定□指定		
	□加保 □退保											□法定□指定		
	□加保 □退保											□法定□指定		
	□加保 □退保											□法定□指定		
	□加保 □退保											□法定□指定		
	□加保 □退保											□法定□指定		
	□加保 □退保											□法定□指定		

每個月最後一日前需提供下個月加保及退保
如超過送件期限則一律以最早可加保/退保日期辦理

退保請於備註填寫離職日
退保生效日為離職日次日

以上加/退保人數共_____名　；保險費合計：(＋，－)NT$_____元整。

●退費付款方式如下：

公費加保:每名被保人需提供人力資源系統補助截圖。
自費加保:每名被保人需親簽投保同意書。

影本）

是否受有監護宣告?
是，■否

2. 本人知悉「貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理、利用或國際傳輸之權利。

加退保批註	收件日期
一、加/退保異動日期在保險公司受理日或傳真日(郵戳日)之後者，以加、退保異動日期上午零時為生效日。 二、加/退保異動日期在保險公司受理日或傳真日(郵戳日)之前者，以受理日或傳真日(郵戳日)翌日零時為生效日。 三、未滿15足歲之未成年人為被保險人，不含身故保險金，其失能保險金或傷害醫療保險金的受益人均為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。 四、被保險人已於新光產險或其他保險公司投保意外商品者將於審核後保留承 五、所有申請加保於本保單之被保險人，本公司將依投保內容及其他相關資訊	

此處請用印

要保單位(公司行號)_____簽章

負責人或代表人　_____簽章

中華民國　　年　　月　　日

經辦人		保經代簽署		業務員親簽/登錄字號		核保		科長		經副理	

公費投保、加保皆需提供每一名被保人補助截圖

1、點擊「意外傷害保險」頁籤後，點擊「新增」按鈕。

2、填寫資料欄位，完成後點選「新增」按鈕。

需確認年份是否與投保年度相符

補助額度(保險費)需與投保保期對應保費相同
例:投保8個月則需鍵入796元