



地址：104台北市建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335  
 免付費24小時服務(申訴)專線：0800-789-999  
 要保人可透過本公司網站http://www.skinsurance.com.tw  
 或至本公司總分支機構查詢資訊公開說明文件

### 團體傷害保險人員異動契約變更申請書

保單號碼	0014IBP0000XXX		要保單位	000市政府		批單號碼							
保險期間	114/03/01(0)~114/12/31(24)		批單有效期間	自 年 月 日, 0時起生效		正本 份數	副本 份數						
人員異動契約變更事項													
編號	加/退 (保額異動勿填)	生效日期 (0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			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)
								意外身故、 失能(萬)	傷害醫療 實支實付 每次限額(萬)	住院實支實付 傷害醫療 累積限額(萬)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	114/04/01	李大明	C123456789	86/01/01	社員工		200	3萬		1,000	<input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 指定	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input checked="" type="checkbox"/> 退保	114/04/01	王小明	A123456789	85/01/01	社員工		200	3萬		1,000	<input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 指定	03/31離職
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保							200	3萬		1,000	<input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 指定	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保							200	3萬		1,000	<input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 指定	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保							200	3萬		1,000	<input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 指定	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保							200	3萬		1,000	<input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 指定	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保							200	3萬		1,000	<input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 指定	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保							200	3萬		1,000	<input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 指定	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保							200	3萬		1,000	<input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 指定	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保							200	3萬		1,000	<input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 指定	

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:

- (1) 匯款: \_\_\_\_\_ 銀行/郵局 \_\_\_\_\_ 分行/支局, 帳號: \_\_\_\_\_ 戶名: \_\_\_\_\_ (請提供存摺帳號影本)
- (2) 改繳: \_\_\_\_\_ (限原保單號碼或其所屬批單)

要保人聲明事項:

- 本人已審閱並瞭解貴公司所提供之「投保須知」, 另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」, 本人已瞭解貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
- 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。

要保人簽章處	收件日期
	
申請日期: ____年__月__日	
招攬人員/登錄字號	保經、代公司簽章
經辦代號: 招攬人員簽名: 登錄字號:	核保

【註一】: 異動生效日: (加保、退保、調整投保金額之生效時點)

- 於保險期間內得申請中途加保, 需於每月最後一個工作日前提出申請, 經核保通過於次日1日零時生效。
- 當被保險人變更其職業或職務時, 要保人或被保險人應即時以書面或其他約定方式通知。若被保險人所變更的職業或職務不符合本保險規定之承保對象或被保險人於投保後辦理留職停薪、停職、退休、離職及調離原機關等須辦理退保。

【註二】: 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。

【註三】: 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接與否之決定權。

【註四】: 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進行核保審核並保留承接與否之決定權。