

志工意外團體傷害保險契約變更申請書

保單號碼		(必填欄位)13- IBP			要保單位				
保險期間					批單號碼				
編號	加/退	志工保險生效日/ 喪失志工身分日	被保人姓名	身分證字號	出生年月日 (民國年月日)	志工服務內容 (請詳述實際工作內容)	職業類別 (由新光產物填寫)	投保組別/項次	備註
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								

以上加保人數共_____名，退保人數共_____名；保險費合計：(+)、(-)NT\$_____元整。(由新光產物填寫)

●退費付款方式如下：
匯款：_____銀行/郵局_____分行/支局，帳號：_____戶名：_____ (請提供存摺帳號影本)

要保人聲明事項：
 1. 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。
 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 一、當月份如有加、退保志工，請填寫本表於次月10日前交表格及費用給保險公司受理信箱（每月10日前做上一個月之加退保）。 二、加保志工應以加保當月開始計算應補保險費，退保志工以喪失志工身份日次月起計算應退保險費，並於每月辦理由投保機關收（退）應補及應退保費金額。 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。 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。	收件日期

要保單位 用印處		機關首長/負責人 簽章處	承辦人簽章處_____ 承辦人電話(分機): _____ 承辦人電子信箱: _____
-------------	--	-----------------	---------------------------------------------------

經辦人		招攬人員親簽 登錄證字號		核保	
-----	--	-----------------	--	----	--