

泰安產物保險股份有限公司

團體傷害保險 僱主意外責任保險(含僱主職災) 加退保專用批改申請書

保單號碼：_____ 批單號碼：_____

要保單位：_____ 保險期間：_____年 月 日 ~ _____年 月 日

編號	身分代號	被保險人(簽名)	出生年月日	身分證字號	工作性質	加退保日期	投保等級或保額			受益人/身分證字號	關係	僱主職災適用		備註
							等級	傷害險保額	傷害醫療			傷害住院日額	勞工保險月投保薪資	
						<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 年 月 日								
						<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 年 月 日								
						<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 年 月 日								
						<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 年 月 日								
						<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 年 月 日								
						<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 年 月 日								

※如有退費(限要保人本人)，請勾填下列給付方式：

<input type="checkbox"/> 電匯	戶名：_____	銀行：_____	分行：_____
	帳號：_____	(請附存摺影本)	
<input type="checkbox"/> 支票退費	<input type="checkbox"/> 改繳	<input type="checkbox"/> 抵繳，抵繳單號：_____	

※本批單團體傷害保險自加退保日期之翌日零時起生效，若保險期間未填寫或約定日期早於收件日者，以收迄本批單傳真之翌日零時(倘傳真不清楚，則以傳真內容確認翌日零時)生效；僱主意外責任保險自加退保日期之翌日中午 12 時起生效。

※本批單上列「要保單位」於僱主意外責任保險即為被保險人，且表列內之「被保險人」即為僱主意外責任險之受僱員工。

※本批單上列「要保單位」於團體傷害保險即為要保單位或團體，且表列內之「被保險人」即為該要保單位團體之成員。

※上列身分欄位填代號表示：1. 員工本人、2. 員工配偶、3. 員工父母、4. 員工子女。

聲明事項：

- 本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 本人(要保人)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(被保險人、要保人)同意 貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
- 本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保 貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知 貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 貴公司仍承保者，貴公司對同一保險事故仍應依該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。

此致 泰安產物保險股份有限公司

以下由收件單位填寫			
保險代理人/經紀人 (簽署章)		業務員姓名(請親簽)	
		業務員登錄證字號	
以下由泰安產物保險公司填寫			
初核		核定	
經手代號		統計代號	
		收件章	

要保單位暨負責人蓋章

申請日期： 年 月 日