

※請於申請變更項目打「√」

傷害暨健康保險契約變更申請書

___正本；___副本

| | | | | | |
|------|----------------------------|------|---------------|------|--|
| 保單號碼 | 0006IBP0000001 | 要保人 | 新光科技大學 | 批單號碼 | |
| 保險期間 | 106.08.17~106.08.17 | 被保險人 | | 批單期間 | |

契約變更事項如下：

申請批改事項

資料更正：A. 要保人姓名：_____身分證字號：_____出生日期：_____關係：_____

B. 被保人姓名：_____身分證字號：_____出生日期：_____關係：_____

C. 戶籍通訊 地址變更：

職業變更：公司名稱：_____ 工作內容：_____ 職稱：_____ (請詳述)；兼業：_____

批改 受益人 更正、新增(若欄位不足，請於其它欄填寫) 備註：如要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

| | 姓名 | 身分證字號 | 關係 | 給付方式 | 電話 | 地址 |
|-----|----|-------|----|---|----|---|
| (1) | | | | <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分 | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (2) | | | | <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分 | | <input type="checkbox"/> 同上， <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (3) | | | | <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分 | | <input type="checkbox"/> 同上， <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

※限配偶、直系親屬、法定繼承人，若非上述關係者請詳述原因：_____

退保 終止契約/解除契約(自始不生效力)：*需繳回保(批)險單及收據，無法繳回者請蓋遺失切結，若為電子保單者則無需繳回原因：_____

退費付款 (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) 開票：○交經辦 ○親領 ○郵寄：支票抬頭：_____地址：_____

(3) 改繳：_____ (限原保單號碼或其所屬批單)

※郵寄、交經辦手續費直接由退費金額中扣除。(若未勾選則以開票-交經辦方式辦理)

補發 保險單(___正本；___副本) 批單號碼：_____ (___正本；___副本)
保險費收據(___正本；___副本) 保險證(保卡)

保單/批單/收據遺失切結書
本人茲因不慎遺失保單、批單、收據，若因前述遺失之文件而損及 貴公司權益或涉及金錢、法律等糾紛時，本人願負全責，與 貴公司無關，特立此切結書為憑。
此致
新光產物保險股份有限公司 **立切結書人：**_____

| | | |
|----|----------------|------|
| 其它 | 加、退保人員詳如加退保通知書 | 收件日期 |
| | | |

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「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。

原要保人親簽：_____ 新要保人親簽：_____

被保險人親簽：_____ 法定代理人親簽：_____

(未成年者需由法定代理人簽名) 填寫日期： 年 月 日

| | | | | | |
|------|--|-------|----|----|-----|
| 經辦代號 | | 保經代簽署 | 核保 | 科長 | 經副理 |
| 簽名 | | | | | |
| 登錄字號 | | | | | |

新光產物保險股份有限公司

大專校院校外實習學生團體保險

學生 加保 / 退保 通知書

此為保單保期，務必勾選

投保期程：1

11月僅可申請10月的人員加退保

3個月 4個月 5個月 6個月 7 9個月 10個月 11個月 1年

| 項目 | 人數 | |
|----------|----|--------------------|
| 10月份加保學生 | 2 | 中途加保者 |
| 10月份退保學生 | 1 | 中途轉出臺閩地區所屬學校或喪失學籍者 |

實際退保日為11月01日已承保3個月，需收35%短期費率，故退費： $284 * (1 - 35%) = 185$ 元

| 退保學生資料欄 | 學生姓名 | 身分證字號 | 出生日期 | 喪失學籍日期 |
|---------|------|------------|----------|------------|
| | 陳大寶 | E123456789 | 89.05.05 | 106年10月03日 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | 合計人數 | 1人 | | 應退還保費 |

實際加保日為10月03日將承保10個月但不滿11個月，需收95%短期費率，故加費： $284 * 95% = 270$ 元

| 加保學生資料欄 | 學生姓名 | 身分證字號 | 出生日期 | 身故受益人姓名 | 身故受益人身分證字號 | 轉入日期 |
|---------|------|------------|----------|---------|------------|------------|
| | 劉小華 | F123456789 | 89.06.06 | 法定繼承人 | | 106年10月03日 |
| | 郭大城 | G123456789 | 89.07.07 | 郭爸爸 | G111222333 | 106年10月03日 |
| | | | | | | 年 月 日 |
| | | | | | | 年 月 日 |
| | 合計人數 | 2人 | | 應補收保費 | 540元 | |

| | |
|----|------------------------------|
| 總計 | 應退還金額 / 應補收金額：355元 (每月 元/每人) |
|----|------------------------------|

投保學校代號：_____ 投保學校名稱：__新光科技大學__

校長：_____ (簽章)

(或職務代理人) _____ 吳昕紘 _____ 經辦人：_____ 林彥希 _____ (簽章)

中華民國 106 年 11 月 10 日

附註：1. 當月份如有加、退保學生，請填寫本表於次月10日前交表格及費用給本公司駐校服務人員（每月10日前做上一個月之加退保）。
 2. 加保學生應以加保當月開始計算應補保險費，退保學生以喪失學籍日次月起計算應退保險費，並於每月辦理由學校收（退）應補及應退保費金額。
 3. 由臺閩地區所屬學校戶轉者，免做加退保手續，保險契約繼續有效。