

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

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： $187*(1-35\%)=122$ 元

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

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	108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： $187*95\%=178$ 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		108年10月03日
	郭大城	G123456789	89.07.07	郭爸爸	G111222333	108年10月03日
						年 月 日
						年 月 日
	合計人數	2人		應補收保費	356元	

總計	應退還金額 / 應補收金額：234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：\_\_\_\_\_ (簽章)

中華民國 108 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。

※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	00081BP000001	要保人	新光科技大學	批單號碼	
保險期間	108.08.17~109.08.17	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. <input type="checkbox"/> 要保人姓名：_____身分證字號：_____出生日期：_____關係：_____ B. <input type="checkbox"/> 被保人姓名：_____身分證字號：_____出生日期：_____關係：_____ C. <input type="checkbox"/> 戶籍 <input type="checkbox"/> 通訊 地址變更： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
職業變更	公司名稱：_____ 工作內容：_____ 職稱：_____ (請詳述)；兼業：_____

批 改 受 益 人	受益人 <input type="checkbox"/> 更正、 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 終止契約/ <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 匯款：_____銀行/郵局_____分行/支局 帳號：_____戶名：_____ (請提供存摺帳號影本) (2) <input type="checkbox"/> 開票：○交經辦 ○親領 ○郵寄：支票抬頭：_____地址：_____ (3) <input type="checkbox"/> 改繳：_____ (限原保單號碼或其所屬批單) <b>※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)</b>
------------------	---

補 發	<input type="checkbox"/> 保險單(____正本；____副本) <input type="checkbox"/> 批單號碼：_____ (____正本；____副本) <input type="checkbox"/> 保險費收據(____正本；____副本) <input type="checkbox"/> 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：_____	填寫日期： 年 月 日

(未成年者需由法定代理人簽名)

經辦代號	保經代簽署	核保	科長	經副理
簽名				
登錄字號				