



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閱資訊公開說明文件

大專校院校外實習學生團體傷害保險 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	轉入日期 (加保填寫)	喪失學籍日期 (退保填寫)	被保險人姓名	身分證字號	出生年月日 (民國年月日)	工作內容	備註
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	

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

- 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。
- 4、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。
- 5、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

投保學校 用印處	校長(或職務代理人)用印處	聯絡人簽章處_____
		聯絡人電話(分機): _____
		聯絡人電子信箱: _____

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

*文件請E-mail至受理信箱(skiad5@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。