



## 團體傷害保險批改申請書

請傳真至：

批單號碼：

要保單位名稱							核保人
保險單號碼							
保險種類	G P A						
保險期間	自民國 年 月 日午夜十二時起一年						
申請 批 改 事 項	下列批改事項請自 年 月 日起生效：						
	<input type="checkbox"/> 加保人員名單(請詳填工作內容及投保方案)						
	NO	加保日期	被保險人姓名	身份證號碼	出生日期	工作內容	投保方案
	01						
	02						
	03						
	04						
	05						
	06						
	<input type="checkbox"/> 退保人員名單						
NO	退保日	被保險人姓名	身份證號碼				
01							
02							
03							
04							
05							
<input type="checkbox"/> 其他							
						承辦人	
						經紀人/ 代理人	
						業務員姓名/ 登錄證號碼	

要保單位章



負責人簽章



批改申請作業：1. 被保險人申請加保時需詳填加保日期、被保險人姓名、身份證號碼、出生日期、工作內容及投保方案。  
2. 被保險人退保時需詳填退保日期、被保險人姓名、身份證號碼。  
3. 變更被保險姓名、年齡或身分證號碼時需提供身份證明文件影本，以利正確性。

注意事項：

1. 要保單位應加蓋大小章。
2. 外籍人士請檢附居留證影本。

通知日期：中華民國 年 月 日