

保險股份有限公司

**志工意外團體保險**  
**志工 加保 / 退保 通知書**

投保期程: 1 年   6 個月   3 個月   1 個月

項 目	人 數	說 明		
月份加保志工		中途加保者。		
月份退保志工		中途喪失志工身份者。		
<b>退 保 志 工 資 料</b>	志工姓名	身分證字號	出生日期	喪失志工身份日期
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
	合計人數	人	應退還保費	元
<b>加 保 志 工 資 料</b>	志工姓名	身分證字號	出生日期	轉入日期
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
	合計人數	人	應補收保費	元
<b>總 計</b>	應退還金額 / 應補收金額：      元 (每月 元/每			
投保機關代號：_____ 投保機關名稱：_____				
機關首長：_____ (簽章)				
(或職務代理人) _____ 經 辦 人：_____ (簽章)				
中華民國                      年                      月                      日				

附註：1. 當月份如有加、退保志工，請填寫本表於次月 10 日前交表格及費用給保險公司駐點服務人員（每月 10 日前做上一個月之加退保）。  
2. 加保志工應以加保當月開始計算應補保險費，退保志工以喪失志工身份日次月起計算應退保險費，並於每月辦理由投保機關收（退）應補及應退保費金額。

## 志工意外團體保險【志工出隊服務表】

『第1組：特定傷害保險(執行勤務期間)，各志願服務管理運用單位應於每月月底25日前提出次月【志工出隊服務表】予立約商(保險公司)，若有異動，於出隊前填報予立約商(保險公司)。』

基本資料			
單位名稱		團隊編號：	
領隊	聯絡電話：		
出隊志工	志工姓名： 共_____人		
服務內容			
服務地點			
服務對象 聯絡資料	聯絡人：		職稱：
	聯絡電話：		
服務日期	年 月 日至 年 月 日，共計 天計 小時		
服務期間	出發時間： 時 分自 出發・預定 時 分到達服務地點  回程時間： 時 分從服務地點出發・預定 時 分到達  服務時間： 小時		
事前需備妥之安全事項（請逐項打勾表示「是」「否」已確認，或「無」此安全項目）			
安全規範查核項目			是 否 無
1. 已瞭解服務地點周邊環境並告知服務志工			
2. 已附上活動企畫書			
3. 已附上志工人員名冊（含聯絡電話）			
4. 服務志工所有人員皆已確定加入志工意外團體保險			
5. 已備妥簡易急救物品			
此致_____保險股份有限公司			
備註：			