

志工意外團體傷害保險契約變更申請書

運用單位					志工隊名稱				
保險期間					批單號碼				
編號	加/退	志工保險生效日/ 喪失志工身分日	被保人姓名	身分證字號	出生年月日 (民國年月日)	志工服務內容 (請詳述實際工作內容)	職業類別 (由新光產物填寫)	投保組別/項次	備註
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								

以上加保人數共 2 名，退保人數共 2 名

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。

重要說明： 1. 依110年度目的及社政聯繫會報決議， 新加保名單及加退保名單，請於每月25日前函報並傳送電子檔e-mail至本處承辦人信箱辦理，並於次月1日起納/退保(Rong1125@mail.kinmen.gov.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。 2. 請注意資料正確性。	收件日期

要保單位 用印處	機關首長/負責人 簽章處	承辦人簽章處 _____ 承辦人電話(分機): _____ 承辦人電子信箱: _____
-------------	-----------------	--



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詢資訊公開說明文件

志工意外團體傷害保險契約變更申請書

運用單位		免填			志工隊名稱	免填			
保險期間		免填			批單號碼	免填			
編號	加/退	志工保險生效日/ 喪失志工身分日	被保人姓名	身分證字號	出生年月日 (民國年月日)	志工服務內容 (請詳述實際工作內容)	職業類別 (由新光產物填寫)	投保組別/項次	備註 未滿15歲者請填寫代 理人姓名
資料排序請先填「退保名冊」，後「加保名冊」									
1	<input type="checkbox"/> 加保 <input checked="" type="checkbox"/> 退保	免填	王曉明	W123456789	082.01.01	退保者免填	免填	免填	
2	<input type="checkbox"/> 加保 <input checked="" type="checkbox"/> 退保	免填	白月光	A223344556	065.10.25	退保者免填	免填	免填	
3	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	免填	許美美	W200012345	092.12.15	社區服務、關懷訪視	免填	1-2	
4	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	免填	李浩克	V120120120	100.06.09	淨灘、活動支援	免填	1-2	李巨人
5	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保								以下空白
以上加保人數共 <u>2</u> 名，退保人數共 <u>2</u> 名									
<p>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。</p>									
<p>重要說明： 1. 依110年度目的及社政聯繫會報決議，新加保名單及加退保名單，請於每月25日前函報並傳送電子檔e-mail至本處承辦人信箱辦理，並於次月1日起納/退保 (Rong1125@mail.kinmen.gov.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。 2. 請注意資料正確性。</p>								收件日期	
								免填	
要保單位 用印處			機關首長/負責人 簽章處			承辦人簽章處 _____ 承辦人電話(分機): _____ 承辦人電子信箱: _____			