

新光產物 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		
<input type="radio"/> 月份加保志工	<input type="radio"/> 人	中途加保者。		
月份退保志工		中途喪失志工身份者。		
退 保 志 工 資 料 欄	志工姓名	身份證字號	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
加 保 志 工 資 料 欄	志工姓名	身份證字號	出生日期	轉入日期
	如附名冊			年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
	合計人數	<input type="radio"/> 人	應補收保費	元
總 計	應退還金額 / 應補收金額： 元 (每月 元/每人)			
投保機關代號：_____ 投保機關名稱： <u>單位名稱全銜</u>				
機 關 首 長： <u>單位負責人姓名</u> (簽章)				
(或職務代理人) _____ 經 辦 人： <u>承辦人姓名</u> (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。

