

團體意外傷害保險被保險人加退保通知書

通知人/連絡電話：_____ / _____ 申請日期：_____

保戶編號：_____ 保單號碼：_____ 要保單位名稱：_____

*註1: 身份別: M-員工(成員)本人; S-配偶; C-子女 *註2: 非本國籍者請於備註欄填寫國籍資料。

*註3: 請填寫欲加保或變更之內容, 維持原保障內容之部分不需填寫; 倘人員原已加保而本次僅申請變更保障內容, 異動項目請勾選變更, 並填寫變更後之險種保額內容; 倘變更被保險人基本資料(姓名/身分證字號/出生日期等), 請檢附身分證或戶籍謄本等證明文件影本。

項目 編號	1	2	3	4	5
員工(成員) 本人身分證字號					
員工(成員)本人姓名 (非本國籍者請填英文全名)					
被保險人姓名 (非本國籍者請填英文全名)					
被保險人身份別 *(詳註1)					
被保險人身分證字號 (護照號碼)					
出生日期					
被保險人職位/ 工作性質					
職業等級					
意外身故/失能保險金 [GPA(R) / NSGPA]	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元
意外傷害醫療保險金 (GMR / NSGPA_MR)	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元
意外傷害日額保險金 (GDHI)	元	元	元	元	元
團體職業傷害保險金 (GOC)	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元
特定交通傷害保險金 (GPTR)	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元
異動項目*(詳註3)	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 變更
異動發生日					
備註*(詳註2)					
其他說明					

*本保險商品皆為團體一年定期保險, 續保須經雙方議定, 南山人壽不保證續保。

*所有申請加保於本保單之被保險人(含保單生效後加保者), 南山人壽將依投保內容及其他相關資訊(含同業通報資訊)進行核保審查, 並保留最終承保與否之決定權。

*針對以上填寫內容, 本要保單位已充分了解並確認內容正確後簽章。

要保單位及負責人簽章：_____

業務員/保險經紀人/保險代理人簽名/保經或保代簽署人簽章：_____

業務員代號/通訊處/代號：_____ / _____ / _____ 連絡電話：_____ GRO208 201910 版

