

團體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:身分別:M-員工(成員)本人;S-配偶;C-子女;P-父母 *註2:非本國籍者請於備註欄填寫國籍資料。

*註3:非本國籍者請填新式及舊式居留證統一證號,倘無舊式居留證統一證號者無須填寫。

*註4:倘欲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
保險證號碼						
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)						
被保險人身分別 (詳註1)						
被保險人身分證統一編號 (詳註3)						
出生日期						
投保計劃別						
被保險人職位/ 工作性質						
職業等級		☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 ☐ 4級 ☐ 5級 ☐ 6級	☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 ☐ 4級 ☐ 5級 ☐ 6級	☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 ☐ 4級 ☐ 5級 ☐ 6級	☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 ☐ 4級 ☐ 5級 ☐ 6級	☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 ☐ 4級 ☐ 5級 ☐ 6級
壽險/意外險 投保薪資						
團體職業災害給付保險 (GOH)專用欄 (被保險人未投保GOH者 無須填寫本欄資料)	實領薪資					
	勞工職業災害保險月投保薪資					
異動項目*(詳註4)	☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更	☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更	☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更	☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更	☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更	☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更
異動發生日						
手機號碼						
電子郵件信箱						
地址						
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。

*保險法第107條、第107條之1規範及相關同意事項:

1. 未滿15足歲或受監護宣告尚未撤銷之被保險人,於南山人壽及其他保險業累計已投保之喪葬費用保險金額,不得超過遺產及贈與稅法第17條有關遺產稅喪葬費扣除額之半(下稱限額)。倘不含本次投保具喪葬費用保險金之傷害險(以下簡稱傷害險)即「已達限額」者,雖傷害險不得承保,但仍可單獨選擇投保其他無喪葬費用保險金之保險商品,例如:傷害失能保險或傷害醫療保險等,以滿足保障需求。

2. 倘未滿15足歲之被保險人本次有投保傷害險,且將本次投保之傷害險納入計算後,將超過限額者,要保單位同意南山人壽修正該被保險人所投保的傷害險保險金額為「本次投保之傷害險保險金額與前述限額之差額」(有前述情形者,被保險人/法定代理人需另簽署團險投保同意書,以示同意保額之調整)。因限額缺口資料可能因保單狀態之改變或其他保險業通報資料時間差等因素而變動,故實際可投保保額仍需以南山人壽核保評估結果為準。

*針對以上填寫內容及同意事項,本要保單位已了解同意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/招攬人員簽名/保經或保代公司簽章:_____

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

