



收件章

僱主附加職業災害 加保 / 退保 / 契約變更 通知單

保險單號碼：_____ 批單號碼：_____

要保人：_____

被保險人：_____

1. () 加保：

編號	姓名	出生年月日	身分證號碼	工作性質	加保日期	勞保月投保薪資	本保險月投保薪資

【被保險人聲明事項】

◆本人聲明本要保書內所陳述事項均屬事實，如有隱匿、過失遺漏或不實之說明，足以影響本公司對危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條規定解除附加傷害保險契約。

上列人員自上述日期起加保。該等人員符合保險契約所約定之投保資格。須經貴公司同意承保後，其保險始生效力。貴公司有權就核定後的承保內容，直接在本通知單上修改或刪除。

2. () 退保：

編號	姓名	退保日期	備註	編號	姓名	退保日期	備註

上列人員自上述日期起退保。請按保險單條款終止其在保險單內所有保險。

3. () 契約變更

編號	姓名	變更內容					
編號	姓名	出生年月日	身分證號碼	變更日期	原勞保月投保薪資	變更後勞保月投保薪資	備註

上列變更須經貴公司同意承保後，其保險始生效力。貴公司有權就核定後的變更事項，直接在本通知單上修改或刪除。

註：若有退款情形，勾選以下退費方式

1. 現金 2. 支票 3. 匯款：戶名：_____ 銀行名稱 _____ 帳號 _____ 4. 抵繳

此致 旺旺友聯產物保險股份有限公司

核保	輸入	經手人員編	業務員簽名	保經代簽署章

要保人 _____ (簽章)

日期 _____