



團體傷害保險批改申請書

要保單位名稱	衛生福利部 / 團體	核保人
保險單號碼	XXXXXXXX (8碼)(洽詢和泰產險窗口)	
保險種類	G P A	
保險期間	自民國 108 年 07 月 01 日 0 時起至民國 109 年 07 月 01 日 0 時止	

請填寫
原保單號碼及
原保險期間。

下列批改事項請自民國 108 年 09 月 01 日起生效：

(1) 加保 3 人

(2) 詳附件

申請
請
批
改
事
項

承辦人

經紀人/
代理人

業務員姓名/
登錄證號碼

以衛生福利部為要保人，
免蓋大、小章。

若以公家機關或民間團體為要保人，
需蓋大、小章。

可使用要保單位之圓戳章，
但需有「要保單位之名稱」，
代表人可以單位主管為代表人

要保單位章 負責人簽章

批改申請作業：1. 被保險人申請加保時需詳填加保日期、被保險人姓名、身份證號碼、出生日期、工作內容及投保方案。
2. 被保險人退保時需詳填退保日期、被保險人姓名、身份證號碼。
3. 變更被保險姓名、年齡或身分證號碼時需提供身份證明文件影本，以利正確性。

注意事項：1. 要保單位應加蓋大小章。
2. 外籍人士請檢附居留證影本。

通知日期：中華民國 | 年 | 月 | 日