

泰安產物保險股份有限公司

團體傷害保險契約變更批改申請書

保單號碼：_____

批單號碼：_____

要保單位：_____

保險期間：_____

編號	姓名	變更日期	變更項目 (變更前)	變更項目 (變更後)

※上列變更事項須經 貴公司核保同意後始行生效。且 貴公司有權就核定後的變更事項，直接在本申請書上修改或刪除。

聲明事項：

- (一) 本人 (被保險人) 同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- (二) 本人 (被保險人、要保人) 同意 貴公司將本要保書上所载本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- (三) 本人 (要保人) 已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
- (四) 本人 (被保險人、要保人) 同意 貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
- (五) 本人 (被保險人、要保人) 已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保 貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知 貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 貴公司仍承保者，貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。

此致 泰安產物保險股份有限公司

以下由收件單位填寫			
保險代理人/經紀人 (簽署章)		業務員姓名(請親簽)	
		業務員登錄證字號	
以下由泰安產物保險公司填寫			收件章
初核	核定	經手代號	統計代號

要保單位暨負責人蓋章

申請日期： 年 月 日

第一聯：保險公司存查 (黃) 第二聯：要保單位存查 (紅) 第三聯：經代公司存查 (白)