

## 個人保險集體投保彙繳申請書

新契約 保全變更，請擇一勾選

保單號碼：\_\_\_\_\_

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

彙繳編號：\_\_\_\_\_（加入已成立彙繳團體之追加件，請於此填寫集彙代號）

1. 新成立彙繳團體：請提供依法核准之團體證明文件，但如有告知不實者，本公司得要求補繳不足之保費。

公司/團體名稱：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

公司/團體地址：\_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 鄉鎮 \_\_\_\_\_ 村 \_\_\_\_\_ 路 \_\_\_\_\_ 段 \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 弄 \_\_\_\_\_ 號 \_\_\_\_\_ 樓  
 \_\_\_\_\_ 縣 \_\_\_\_\_ 區市 \_\_\_\_\_ 里 \_\_\_\_\_ 街 \_\_\_\_\_ 郵遞區號：□□□

團體或公司名稱：\_\_\_\_\_ 蓋章：\_\_\_\_\_

（請填寫完整登記名稱） （請蓋團體或公司之大/小章）

2. 加入現有彙繳團體

本人同意向 貴公司投保人壽保險，除申請以集體彙繳方式繳交各期保險費外，並同意下列各項聲明：

- (1) 同意加入此彙繳團體，並依貴公司集體彙繳之保費折扣率繳交保險費。
- (2) 適用險種限個人保險契約（不含躉繳件及本公司限制適用險種），且各險種最高保費折扣以 貴公司之規定為主。
- (3) 本人在保險期間內退出彙繳團體時，其保費不再享有集體彙繳之保險費折扣，改按個人保險契約之保險費率計繳。
- (4) 本人與團體成員或公司員工為本人、配偶、父母、子女、或共同居住之家屬，如有告知不實者，貴公司得要求補繳不足之保費。

### 投保人員資料

※ 要保人或被保險人與團體成員或公司員工需為本人、配偶、父母、子女、或共同居住之家屬。

※ 符合上述關係之要保人或被保險人，請於以下欄位簽名。

要保人/被保險人簽名：\_\_\_\_\_

要保人/被保險人法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

※ 團體成員或公司員工姓名：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

（本人、配偶、父母、子女、共同居住之家屬）

上述資料在本人見證下填寫，於本人所知範圍內正確無誤。

單位名稱：\_\_\_\_\_ 業務員簽名：\_\_\_\_\_ 登錄證字號：\_\_\_\_\_

主管簽核：\_\_\_\_\_ 簽署人章：\_\_\_\_\_