

泰安產物保險股份有限公司

退保專用批改申請書

保單號碼：_____ 批單號碼：_____

要保單位：公務人員保障暨培訓委員會 保險期間：_____年_____月_____日 ~ _____年_____月_____日

委託訓練機關(構)學校名稱：_____ 聯絡電話：_____

序號	被保險人姓名	出生年月日(民國)	國民身分證統一編號	工作性質	退保日期	保險金額(新台幣)(註一)	退保費(新台幣)保險公司填寫
				受訓人員	年 月 日		
				受訓人員	年 月 日		
				受訓人員	年 月 日		
				受訓人員	年 月 日		
				受訓人員	年 月 日		

註一：保險金額依原投保保險金額填寫。

註二：一併提供相關資料佐證其退保時間，若無則以收件翌日起算。

註三：退費方式一律採匯款，故請提供存摺影印本及本公司所附之退保費收據用印。

註四：本申請書用印後請傳送電子郵件信箱：97177067.taian@gmail.com 或傳真至泰安產物(02)8969-0665 並電洽確認(02)2253-1597，另副知公務人員保障暨培訓委員會，電子郵件信箱：insurance@csptc.gov.tw 或傳真至公務人員保障暨培訓委員會(02)8236-7129

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載本人資料轉送產、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		
業務員姓名(請親簽)	業務員登錄字號	經代簽署人簽章
以下由泰安產物保險公司填寫		
經手人代號	統計代號	核保人員

委託訓練機關(構)學校單位章戳及單位主管簽章

申請日期：_____年_____月_____日