2A02

宏泰人壽

宏泰人壽集體彙繳保件申請暨同意書

☐新契約　　☐有效保單加入

要保人姓名：（同一人）	保單號碼：	被保險人姓名：

要保人或被保險人身分與彙繳團體員工(或成員)之關係說明	為彙繳團體員工或成員（請填寫其姓名）＿＿＿＿＿＿＿＿之： ☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐祖父母 ☐孫子女 ☐兄弟姐妹 ☐同一戶籍之其他家屬，關係為＿＿＿＿＿＿。（多位對象時可複選）

集體彙繳團體名稱：	合格登記證號：
地　　址	

集體彙繳團體編號								※新申請之團體，集彙團體編號由本公司填寫。 ※已成立彙繳之團體，請要保人正確填寫集彙團體編號以利作業。

※本人（要保人）申請上列保險契約加入上述集體彙繳團體，本人已瞭解並同意下列事項：

1. 同一團體投保適用集體彙繳險種之保件累積達五人(含)以上,可申請適用集體彙繳保險費折減。
2. 續期保險費繳費方式僅限金融機構自動轉帳，並須同時檢附「保險費付款授權書」。
3. 若授權轉帳之帳號核印失敗或扣款失敗，則不適用宏泰人壽集體彙繳保件作業規則，且不列入累積計算被保險人總人數。
4. 已生效保件若於最近一期保險費應繳日期一個月前申請加入,則自最近一期保險費應繳日起適用集體彙繳件保險費降低比率；逾期則自次一期保險費應繳日才開始適用，不可追溯。

要保人親簽：＿＿＿＿＿＿＿＿　　法定代理人親簽：＿＿＿＿＿＿＿＿

（同要保書／契約內容變更申請書簽名樣式）

日 期：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

●本人已核對並確認要保人、被保險人及其法定代理人之身分；且親視要保人及其法定代理人親自簽章，絕無虛偽情事。

招攬(業務)人員簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿／＿＿＿＿＿＿＿＿

登錄字號／執業證號：＿＿＿＿＿＿＿＿／＿＿＿＿＿＿＿＿