

大專院校校外實習學生團體傷害保險 要保書

※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。

※投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。

※保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。

※本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本、投保人須知、要保書填寫說明請於下方欄位簽名。

※本人(被保險人、要保人)已確認告知事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名。

※本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」(92.12.29 財政部台財保字第 0920073327 號函核准(公會版)、96.08.31 依據行政院金融監督

管理委員會 95.09.01 金管保二字第 09502522257 號令修正、99 年 2 月 10 日產健字第 018 號函備查)條款之內容及規定。

※身故保險金受益人如係分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地、電話、傳真、電子郵件、留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

106.08.22(106)新產精發字第 045 號函本

保險單號碼 (由新光產物人員填寫)	第 [] 號本單保	號續保	申請日期 []	106.08.22(106)新產精發字第 045 號函本		
要保單位	[國立雲林科技大學]	統一編號	[06195262]	記得填寫分機，俾利聯繫。		
通訊地址	[64002 雲林縣斗六市大學路三段 123 號]	營業性質	[(空白即可)]	請務必加註「單位名稱-承辦人名字」，以利保險單據寄送。		
被保險人	共 [] 人 (詳被保險人名冊)	電話	[05-5342601]	分機 []		
保險期間	自民國 [] 年 [] 月 [] 日 午夜 12 時起 至 民國 [] 年 [] 月 [] 日 午夜 12 時止					
保障內容		保險金額		備註		
意外身故及殘廢保險金		200 萬元		亦可自行更正為「0 時起」。		
■ 傷害醫療保險給付(實支實付型)		5 萬元				
■ 傷害醫療保險給付(日額型)		1,000 元/日				
□ 其他附加條款：_____						
□ 其他附加條款：_____						
□ 其他附加條款：_____						
總保險費	新台幣 [] 元整。	自行計算後填寫。				
特約事項	[]	若需要保險卡，可於此欄加註。				
注意事項	本要保書需由被保險人親自填寫簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過。					
聲明事項	要/被保險人聲明並同意： 一、本人(被保險人)同意新光產物保險公司得蒐集、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)同意新光產物保險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(被保險人、要保人)同意新光產物保險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。					
	此致 新光產物保險股份有限公司					
		要保單位簽章		負責人簽章		
保經代業務人員/登錄字號	保經代簽署	經辦人員/登錄字號	核保	科長	經副理	專案代號
收件號：		經辦代號：[]				99IQY09
單位代號：		簽名：				1.保單正本 [] 份
簽名：		登錄字號：[]	初核：			2.保單副本 [] 份
登錄字號：						3.收據正本 [] 份
						4.收據副本 [] 份

勾選投保期程，並自行計算保費金額。

新光產物保險股份有限公司

大專校院校外實習學生團體保險

參加學生人數及保險費用明細表

投保期程：1 個月 2 個月 3 個月 4 個月 5 個月 6 個月
7 個月 8 個月 9 個月 10 個月 11 個月 1 年

項 目	人 數	保 險 費 金 額	說 明
繳交保險費學生			按每名學生_____元收繳
合 計 (參加學生保險總人數及繳交保險費總額)			參加學生總人數應等於繳交保險費及免繳交保險費之合計學生人數
繳款日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 即期支票 <input type="checkbox"/> 郵局匯款	郵局匯款請附匯款單影本。(匯款單請註明學校名稱) ← Word檔有新增「電匯」選項。

投保學校名稱/系所名稱：系所/單位戳章(需有學校名稱)，或橫條章

代 表 人：系主任或單位主管 (簽章) 經辦人：系所/單位承辦人 (簽章)

學校地址：雲林縣斗六市大學路三段 123 號 學校電話：(05)5342601 分機
記得填寫分機，俾利聯繫。

中華民國

年

月

日

