

(預留條碼)

110.09.17(110)新產傷發字第 960 號函送保險商品資料庫

保險單號碼		續保單號碼	
要保單位	新光科技大學	身份證號 統一編號	03458403
代表人	吳○○	出生日期	民國 年 月 日
聯絡地址	□□□-□□ 台北市中山區建國北路二段 15 號 10 樓	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		職業/行業	大專院校
		聯絡電話	(02)2507-5335
要保人與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 同一人(被保險人資料免填) <input type="checkbox"/> 其他			
保險期間	自民國 111 年 09 月 01 日 二十四時起 自民國 112 年 09 月 01 日 二十四時止		
被保險人	共 5 人(詳被保險人名冊) 是否被保險人目前受有監護宣告? <input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否, 如勾選是者, 請提供相關證明文件。		
保障內容	保險金額	備註	
意外身故及失能保險金	200 萬		
■傷害醫療保險給付(實支實付型)	5 萬	每次事故給付合計最高 5 萬	
■傷害醫療保險給付(日額型)	1000 元/日		
<input type="checkbox"/> 其他附加條款：			
<input type="checkbox"/> 其他附加條款：			
<input type="checkbox"/> 其他附加條款：			
總保險費	新台幣 4125 元整。		
特約事項	請印製團體保險卡		
注意事項			
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 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載本人資料轉送產、壽險公會建 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 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 此致 新光產物股份有限公司		
※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」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址及電話之情形, 則以要保人最 後所留之聯絡方式, 作為日後身故保險金受益人之通知依據			
保經代資訊		業務人員/登錄字號	保經代簽署
收件號：	經辦代號：		
單位代號：	業務員簽名：		
員工編號：	登錄字號：		
※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及 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。			專案代號 991QY32 1. 保單正本: 1 2. 保單副本: 1 3. 收據正本: 1 4. 收據副本: 1

請確認並且勾選

有需求時, 需於
特約事項載明

可使用系所或學校
行政單位圓戳章,
但需有學校名稱



要保單位簽章

負責人簽章

務必勾選

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天 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	5	4,125	按每名學生 <u>825</u> 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)

投保學校名稱/系所名稱：新光科技大學

簽名蓋章皆可

代 表 人： (簽章) 經辦人：黃○○ (簽章)

學校電話：(02)2507-5335 傳真電話：1234-5678

電子信箱：SHINKONG@skinsurance.com.tw

學校地址：台北市建國北路二段 15 號 10 樓

每一欄位皆須填寫

中華民國 111 年 09 月 01 日

務必勾選

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

新光科技大學

學生名冊

投保期程：1 天 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

編號	學生姓名	身分證字號	出生年月日	身故受益人姓名	身故受益人身分證字號	與被保險人關係
1	王小明	A123456789	88.01.01	法定繼承人		
2	陳小明	B123456789	88.02.01	陳大明	F123456789	父子
3	張小明	C123456789	88.03.01	張小美	G223456789	母子
4	林小明	D123456789	88.04.01	法定繼承人		
5	趙小明	E123456789	88.05.01	法定繼承人		

本校計有上列學生共 5 人，參加本學生團體保險，茲檢附名冊乙份計 1 頁暨縣市政府核准公文影本計 0 張，請查照。

此致

新光產物保險股份有限公司

簽名蓋章皆可

投保學校名稱/系所名稱：新光科技大學

代表人： 吳 ○ ○ (簽章)

經辦人： 黃 ○ ○ (簽章)

中華民國 111 年 09 月 01 日

新光產物保險股份有限公司

團體保險保戶權益確認書

要保單位(要保人為法人)：**新光科技大學**

保單號碼：

要保單位謹向新光產物保險股份有限公司（下稱新光產險）聲明投保本保單時已確認下列事項：

- 一、要保單位與被保險人已確實瞭解所投保險種、保險金額及保險費支出符合自身的投保目的及與實際需求相當。
- 二、要保單位與被保險人已確認投保時之實際資料與要保書等要保文件上所載之資料一致。
- 三、要保單位已於檢視要保書等相關要保文件內容無誤後簽署相關要保文件，且確認全體被保險人均已同意投保，受益人之指定確經被保險人同意。
- 四、要保單位已確認本保單之被保險人均為要保單位所屬人員或其家屬；要保單位於本保單保險期間內提供予新光產險之本保單被保險人資料，要保單位亦將於確認其等均為要保單位成員及其眷屬且確實皆具辦理該異動(如加保、退保、投保內容異動等)之意願後，方提供予新光產險。
- 五、要保單位已確實瞭解所繳交之保險費係用以購買保險商品。若本保單保險費係由被保險人全額自費，要保單位並已確認被保險成員已同意本保單保險費由其全額負擔。



要保單位簽章

日期：中華民國 111 年 09 月 01 日