

地址:台北市104建國北路工段15號電話:(02)2507-5335 大專院校校外實習學生團體傷害保險要保書免費申訴電話:0800-5085-588 理賠專線:0800-789-999 大專院校校外實習學生團體傷害保險要保書

新光產物保險
要保人可透過本公司網站http://www.skinsurance.com.tw
或至總公司、分公司及通訊處查閱資訊公開說明文件

							100 10	5 5 <u>77</u>	08)新產傷發	· 설 1990	84 274 V		留條碼)	
保險單號碼				;	續保單	號碼	100, 17	<u> 2. 00(1</u>	.00/利 座 汤 殼 ·	于	派图达尔	双间面	貝竹學	
要保單位					<b>份證號</b>				出生日期	民國	年	 月	日	
代表人				性別	-編號 □男女	國籍/	□本國□□本國□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□		職業/行業					
聯絡地址					□女	註冊地	□外國		聯絡電話					
要保人與被保險人		- 人(被保險人 <sup>1</sup>	資料免填) □	<u></u> 其他					.,,,,					
保險期間	自民國	年 月			<b>時</b> 起	白民國	 年	月	日	二十四				
<b>計 /ロ 吹 」</b>	共	民國 年 月 日 二十四 時起 自民國 年 月 日 二十四 日 ————————————————————————————————————												
保障內容						保險金額						備註		
		, , , ,					111774 22 27	•		_				
意外身故及失能保險金					200 萬元									
■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	ξ:													
	₹:													
總保險費 新台幣 元整。														
特約事項														
 注意事項														
聲明事項	一、本人( 二、本人( 查詢本 理賠之 三、本人(	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)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 新光產物股份有限公司											承保或	
※投保後解約或不繼續鄉 ※保險契約各項權利義務 ※本人、要保人)已收到保 ※本人人被保險人、要保 ※本人人被保險人、要保 ※本人人被保險人。要保 後所留之聯絡方式,,作	皆詳列於保單條款 等單條款樣本或影本 人)已確認告知事項 人)已知悉並明瞭「 系身分別之指定及如	,消費者務必詳加閱請 、投保人須知、要保書 及聲明事項之內容請於 傷害保險恐怖主義行為 有要保人不同意填寫	了解。 填寫說明請於下方欄 下方欄位簽名。 保險限額給付附加條	条款」條款:				争	<b>范本</b>		<b>7</b> 1EI-	節る	<b>本</b>	
Dry log abs wife see						要保-	單位簽章		I	負責人			<u>)</u>	
<b>保經代資訊</b> 收件號:			<b>業務</b> 經辦代號:	人員/登	錄字號		保經代簽署	百	核保	-+	專	<b>条代號</b>		
收件號· 單位代號:										1	保單正な	<u>k:</u>		
員工編號:			─業務員簽名:	業務員簽名:							保單副名			
※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			,								火據正2			
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。										4.	收據副ス	<u>*:</u>		

109.01 製