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

(務必勾選)□7個月 □8個月 □9個月 □10個月 □11個月 □1年

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項 目 | 人 數 | 保險費總金額(人數\*每名學生保費) | 說 明 |
| 繳交保險費學生 | ooo | ooo | 按每名學生**ooo**元收繳(保費計算，請參閱附件3) |
| 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 | □現金□即期支票█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：元培醫事科技大學

系 主 任： （簽章） 經辦人： （簽章）

(或職務代理人） (系辦行政人員或實習負責老師)

學校地址：30015新竹市元培街306號 學校電話：03-5381183

中華民國 年 月 日

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

**OO系(保險期間自OO年OO月OO日24時起至OO年OO月OO日24時止)**

**學生名冊**

投保期程：□1個月 □2個月 □3個月 □4個月 □5個月 □6個月

(務必勾選)□7個月 □8個月 □9個月 □10個月 □11個月 □1年

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **學生姓名** | **身分證字號****(外籍生請填寫居留證字號)** | **出生年月日** | **國籍****(本國籍免填)** | **身故受益人** **(若指定受益人姓名，需填右方欄位受益人身分證字號及關係)** | **身故受益人****身分證字號** | **與被保險人關係** |
| 王大明(範例) | A123456789 | 890101 |  | 法定繼承人 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 本校計有上列學生共 人，參加本學生團體保險，茲檢附名冊乙份計\_\_\_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 投保學校名稱：元培醫事科技大學 系 主 任：(或職務代理人) (簽章) 經 辦 人： (簽章)(系行政人員或實習負責老師)中華民國 年 月 日 |