新光產物保險股份有限公司

大專校院獎助生團體保險

**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 | □現金□即期支票□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：

代 表 人： （簽章） 經辦人： （簽章）

學校地址： 學校電話：

中華民國 年 月 日

新光產物保險股份有限公司

大專校院獎助生團體保險

 **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

 □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** | **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** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 張，請查照。 此致新光產物保險股份有限公司 投保學校名稱/系所名稱： 代 表 人： (簽章) 經 辦 人： (簽章)中華民國 年 月 日 |