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

**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 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 說明： 請實習同學務必填寫以上6欄資料，並且身故受益人須為法定監護人  如法定監護人非直系親屬，惠請提供相關證明，謝謝。  繳交該名冊與保險費至系辦，保險費以該年公布為準，如有疑問可撥23892088#3732找系辦人員詢問 | | | | | | |