

志工團體傷害保險被保險人名冊

本名冊附於並構成整個要保書

編號	被保險人姓名	身分證號碼	出生日期 (民國年月日)	志工服務內容	職業類別 (職業類別由新光產 物人員填寫)	投保 組別/項次	保險費 新台幣 (元)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

註1: 要保單位未能提供個別被保險人聯絡資料者，雙方約定以要保單位之電子郵件信箱或地址為被保險人之聯絡資料，保險公司將依要保單位之聯絡資料通知被保險人。

※保險法第 64 條規定，要保人對保險公司書面 詢問事項，不為說明或不實說明，保險公司得解除契約，並依同法第 25 條規定，無須返還保險費。

*文件請E-mail至受理信箱(skiad3@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。