

# 保險證明相關文件

證明文件內容須包含：

投保期間、投保單位、被保學生姓名及其資料、保額說明等。

範例如下(擇一提供)：

## (一) 保險證明卡

實習單位：國立台灣大學醫學院附設醫院		實習部門：營養部	
保單號碼：	要保單位：	被保險人：	出生日期：
保險證號碼：	身分證號：		
生效日期	101年07月01日	到期日期	102年06月30日
傷害保險保障內容		投保金額	
身故、殘廢保險金	NT\$100萬元		
傷害醫療給付限額	NT\$5萬元		
*傷害醫療給付限額含甲型意外門診 及乙型意外住院1,000元/日			
中華民國101年06月15日製發			

# 保險證明相關文件

## (二) 要保書

團體傷害保險要保書			
保單號碼			
要保單位	大學	統一編號	
地址			
負責人		公司電話	
被保險人	如附件被保險人名冊，共 21 人	公司傳真	
受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 被保險人之家屬 (請在被保險人名冊中指定家屬姓名)		
保險期間	自民國 101 年 05 月 02 日 08 時起至民國 101 年 06 月 02 日 8 時止		
險種名稱		保險金額 (NT\$)	
每一個人身故及殘廢保險金 (滿 15 歲以上)		100 萬元	
傷害醫療保險金給付 (最高限額)	甲型-意外門診醫療保險金	5 萬元	
	乙型-傷害住院醫療保險金 (1000 元/日)		
保險費 (NT\$)			
總保險費: N	繳費方式	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳	

團體傷害保險被保險人名冊											
要保單位:		大學			日期: 101 年 04 月 23 日						
編號	被保險人姓名	出生年月日	身分證字號	工作性質	類別	保險金額			受益人		被保險人簽名 【本人已審閱要保書聲明事項(註)】
						身故	殘廢	傷害醫療保險給付 (最高限額)	姓名	關係	
						甲型 意外門診 醫療	乙型 傷害住院 醫療				
1	吳 X X			實習生		100 萬	5 萬	法定繼承人			
2	何 X X			實習生		100 萬	5 萬	法定繼承人			
3	劉 X X			實習生		100 萬	5 萬	法定繼承人			
4	陳 X X			實習生		100 萬	5 萬	法定繼承人			
5	蘇 X X			實習生		100 萬	5 萬	法定繼承人			
6	郭 X X			實習生		100 萬	5 萬	法定繼承人			
7				實習生		100 萬	5 萬	法定繼承人			

# 保險證明相關文件

大學 系 學生名冊

投保期程：1 個月 3 個月 6 個月 1 年

學生姓名	身份證字號	出生年月日
吳 X X		
何 X X		
劉 X X		
陳 X X		
蘇 X X		
郭 X X		