

全國地方民意代表及村（里）長團體傷害保險

〈個別投保-投保資料表〉

【填寫完成後，請至所屬直轄市、縣(市)議會或各鄉（鎮、市、區）民代表會或公所蓋章，並與新光人壽各直轄市、縣(市)服務窗口聯絡。】

*以下每一欄位請詳細填寫，不可空白，若有疑問可隨時向服務窗口詢問：

直轄市、縣(市)政府或議會：_____ 鄉(鎮、市、區)：_____

村(里)名：_____ 被保險人姓名：_____

身分證字號：_____ 生日：_____

國籍：_____ 職業類別：_____ 連絡電話：_____

郵遞區號：_____ 地址：_____

*申請項目請擇一勾選，並於右方對應欄位填寫及勾選：

<input type="checkbox"/> 加保	加保日期：_____年_____月_____日 備妥「投保資料表」、「繳費方式確認表」並盡速通知窗口收件或掛號郵寄窗口。	
<input type="checkbox"/> 資料變更	原始資料	變更後資料
	<input type="checkbox"/> 姓名：	<input type="checkbox"/> 姓名：
	<input type="checkbox"/> 生日：	<input type="checkbox"/> 生日：
	<input type="checkbox"/> 身分證字號：	<input type="checkbox"/> 身分證字號：
*資料變更請檢附身分證影本		
<input type="checkbox"/> 退保/喪失身分	退保/喪失身分日期：_____年_____月_____日 如為喪失身分，應由鄉(鎮、市、區)公所辦理，並於「要保單位簽章」欄位用印，被保險人無須親簽。	

被保險人親簽：_____ 要保單位簽章：
(經手單位章或
保險專用章即可)

填寫日期：_____年_____月_____日

*****以下欄位由新光人壽填寫*****

保單號碼(含序號)	服務人員簽章	新光人壽戳記	經辦人員簽章
	服務人員收件日		生效日