

公務人員考試錄取受訓人員一般團體保險被保險人名冊表

承保公司：泰安產物保險股份有限公司
 要保單位：公務人員保障暨培訓委員會
 保單號碼：

委託訓練機關：
 (構)學校名稱：
 考試名稱：

連絡電話：

年 考試 本名冊附於要保書並構成保險契約之一部分

序號	被保險人姓名		出生年月日 (民國)	考試 等別	保險金額 (註一)	保險(受訓) 期間(註二)	工作 內容 (含兼 職)	職業代 碼/分類 (保險公 司填寫)	身故保險金或喪葬費用保險金受益人			被保險人親自簽名/ 法定代理人簽名 (本人已審閱下列被保險人聲明事項, 並已詳閱本公司所提供之保險單條款)
	國民身分證統一編號								姓名	給付方式 順位/均分 /比例	與被保險人 關係(註三)	
						年 月 日起 年 月 日止	受訓 人員					
						年 月 日起 年 月 日止	受訓 人員					
						年 月 日起 年 月 日止	受訓 人員					
						年 月 日起 年 月 日止	受訓 人員					
						年 月 日起 年 月 日止	受訓 人員					
						年 月 日起 年 月 日止	受訓 人員					

- 註一：保險金額依「公務人員考試錄取受訓人員一般團體保險給付額度上限一覽表」填列時一併提供相關資料佐證及其受訓報到時間，若無則保期以收件翌日起算。
- 註二：符合註一者其保險期間為報到受訓日零時起至受訓終日翌日零時止。
- 註三：受益人與被保險人關係，1.法定繼承人、2.配偶、3.直系血親(祖父母、父母、子女等)。
- 註四：每位被保險人皆須親簽，若未能親簽則不受理投保。
- 註五：本保險名冊表親簽用印後請傳送電子郵件信箱：97177067.taian@gmail.com 或傳真至泰安產物(02)8969-0665 並電洽確認(02)2253-1597，另副知公務人員保障暨培訓委員會，
 電子郵件信箱：insurance@csptc.gov.tw 或傳真至公務人員保障暨培訓委員會(02)8236-7129

要保人與被保險人聲明事項

- (一) 本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- (二) 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- (三) 本人(要保人)已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
- (四) 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
- (五) 本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保 貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知 貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 貴公司仍承保者，貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。

委託訓練機關(構)學校單位章戳及單位主管簽章 _____ 中華民國 年 月 日