

要保性質：請勾選 <input checked="" type="checkbox"/> 公務出差/陪同訪團 <input type="checkbox"/> 赴任/調任/調部 <input type="checkbox"/> 返國述職/返國宣誓	華南產物因公赴國外出差或返國述職人員綜合保險投保名冊	聯絡人：林○○ 聯絡電話：02-2222-3333 填表日期：
要保單位：外交部 統編：0371○○○○		法人代表人：李○○ 地址：台北市凱達格蘭大道○○號

序號	被保險人親自簽名	身份		身分證字號/ 護照號碼(非本國人)	出生日期 民國年/月/日	性別	出差國外地點	投保計畫別-保險金額(新台幣) (15歲以下勾選 200萬)		是否加保兵險	保險期間 台灣地區標準時間		天數	身故保險金受益人 (若未指定則以法定繼承人順序定之)				保險費
		本人	眷屬					一般方案	申根方案		年	月		日	零時起	零時止	姓名	
1	陳○○	V		A12345678	71/01/01	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	日本	<input checked="" type="checkbox"/> 肆佰萬 <input type="checkbox"/> 貳佰萬	<input type="checkbox"/> 肆佰萬 <input type="checkbox"/> 貳佰萬	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	108年5月1日零時起 108年5月3日零時止	2	倘無指定請填「法定繼承人」五個字				110	
						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 肆佰萬 <input type="checkbox"/> 貳佰萬	<input type="checkbox"/> 肆佰萬 <input type="checkbox"/> 貳佰萬	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	年 月 日 零時起 年 月 日 零時止							
						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 肆佰萬 <input type="checkbox"/> 貳佰萬	<input type="checkbox"/> 肆佰萬 <input type="checkbox"/> 貳佰萬	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	年 月 日 零時起 年 月 日 零時止							
						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 肆佰萬 <input type="checkbox"/> 貳佰萬	<input type="checkbox"/> 肆佰萬 <input type="checkbox"/> 貳佰萬	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	年 月 日 零時起 年 月 日 零時止							
						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 肆佰萬 <input type="checkbox"/> 貳佰萬	<input type="checkbox"/> 肆佰萬 <input type="checkbox"/> 貳佰萬	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	年 月 日 零時起 年 月 日 零時止							
						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 肆佰萬 <input type="checkbox"/> 貳佰萬	<input type="checkbox"/> 肆佰萬 <input type="checkbox"/> 貳佰萬	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	年 月 日 零時起 年 月 日 零時止							
						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 肆佰萬 <input type="checkbox"/> 貳佰萬	<input type="checkbox"/> 肆佰萬 <input type="checkbox"/> 貳佰萬	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	年 月 日 零時起 年 月 日 零時止							

注意事項：身故保險金受益人如係分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

聲明事項：1. 本人(被保險人)同意華南保險得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
 2. 本人(被保險人、要保人)同意華南保險將本要保書上所载本人資料轉送產、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。
 3. 本人(被保險人、要保人)同意華南保險就本人之個人資料，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。

備註：1. 被保險人已詳閱並知悉本名冊所載之聲明事項。 2. 需申請英文投保證明者，請另填寫英文投保證明申請書
 *身故保險金受益人如有一人以上，除特別指定比例或順位外，由該項保險金之所有受益人平均分配。如未指定受益人者，則約定為法定繼承人並依民法繼承編相關規定。

總保費 (單位：NT\$)	110
------------------	-----

用 印
要保單位印章

要保單位代辦(簽章)： _____ 保單寄送地址：台北市凱達格蘭大道○○號

專案名稱 / 代號	保源代號	通路欄位			華南保險欄位		送件單位：	外交部	承辦人：	林○○
		實駐代號	業務員親簽 / 業務員登錄證字號	保經代簽署人簽章	業務員	經手人				

主管： _____ 再保： _____ 核保： _____ 助理： _____ 校對： _____ 輸入： _____ 通路聯絡人： _____