

附表5

## 學習型兼任助理團體傷害保險投保名冊

序號	部別	系所/單位	學號	學生姓名	身分證字號	生日 (民國年/月/日)	受益人	工作期間	投保期間
範例	日(夜) 間部			王小明	A123456789	87/1/15	法定繼承人	民國年/月/日- 民國年/月/日	<input type="checkbox"/> 1個月 <input type="checkbox"/> 6個月 <input type="checkbox"/> 1年
1									
2									
3									
4									
5									

申請人(簽章):

備註:

1、被保險人若為僑生、陸生、外籍生，請填寫居留證號碼，並檢附居留證影本。

2、一般受益人皆為法定繼承人，若學生(即被保險人)指定受益人非為法定繼承人時，學生需親自於學生事務處課外活動組，進行保險明細表簽名事宜。

3、工作期間若為1個月(含)以內，投保期間請勾選1個月；若超過1個月至6個月以內，投保期間請勾選6個月；若超過6個月至1年以內，投保期間請勾選1年。