新光金控 | 新光人壽 Shin Kong Life

機密等級：□極機密 ■機密 □密 □普通
文件持有人請嚴加管控本項文件

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-填寫範例>

【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：臺北市政府　　鄉（鎮、市、區）民代表會或公所：信義區公所

村(里)名：新仁里　　被保險人姓名：林欣欣

身分證字號：A222222222　　生日：49/01/01

國籍：中華民國　職業類別：第一類　　連絡電話：(02)1111-1111

郵遞區號：110　　地址：臺北市信義區新仁里欣欣街6000號1樓

＊申請項目請擇一勾選，並於右方對應欄位填寫及勾選：

□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。	
■資料變更	原始資料	變更後資料
	■姓名：林欣欣	■姓名：林飛飛
	□生日：	□生日：
	□身分證字號：	□身分證字號：
	＊資料變更請檢附身分證影本	
□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

SKL-B#DB*B94!5