



- ※ 本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站 (https://www.cki.com.tw) 查閱，或親蒞本公司(100 台北市武昌街一段五十八號)及各分支機構洽詢。
- ※ 本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
- ※ 投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
- ※ 保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。
- ※ 本商品受保險安定基金之保障，並依該基金之動用範圍及限額規定辦理。
- ※ 健康保險商品為非保證續保之健康保險。※ 健康保險「疾病等待期間」之相關規定，請參閱各該保險單條款。

110 年 6 月 11 日兆產備字第 1104300291 號函備查

保險單號碼	第	號	本單係	續保
要保人 (要保單位)	兆豐大學		註冊地	TW
負責人 (代表人)	梁正德	國籍	TW	統一編號
住所地址 (通訊處)	台北市中正區武昌街一段58號			03090217
被保險人	詳被保險人名冊/被保險人加保申請書			
受益人	詳被保險人名冊/被保險人加保申請書 1. 身故保險金受益人以被保險人之家屬或法定繼承人為限。 2. 傷害失能、醫療及健康險之各項保險金受益人為被保險人本人，不受其變更或指定。被保險人身故時，如本契約保險金尚未給付或未完全給付，則以被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。 ※ 注意事項：身故保險金受益人如係身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。			
被保險人是否已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 (請勾選)：	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否		被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)：	
被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明 (請勾選)：	<input type="checkbox"/> 是， <input checked="" type="checkbox"/> 否 如勾選是者，請提供。		<input type="checkbox"/> 是， <input checked="" type="checkbox"/> 否，如勾選是者，請提供相關證明文件。	
保險期間	自民國 113 年 12 月 31 日 24 時起至民國 114 年 12 月 31 日 24 時止			

承保項目	每人保險金額(新台幣)
兆豐產物學生團體傷害保險(大專校院學生適用)	
身故保險金或喪葬費用保險金	1,000,000 元
失能保險金	1,000,000 元
傷害醫療保險金(含門診實支實付及傷害住院病房給付每日新臺幣 1,000 元)	最高限額 50,000 元

☑ 傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款：對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或為抑制、防止、鎮壓恐怖主義者之行為或與其有關之行動，不論其是否有其他原因或事件同時或先後介入所致被保險人死亡或失能，其給付額度依本附加條款約定辦理，最高以新台幣二百萬元為限。

保險費	詳被保險人名冊/被保險人加保申請書 (要保單位負擔 100%，被保險員工負擔 0%)	繳納方式	<input checked="" type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳	總保險費(新台幣元)	1,470
-----	---	------	---	------------	-------

【告知事項】要保人在訂立本契約時或被保險人於要保人申請投保或加保時，對於本公司的要保書書面詢問的告知事項應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得解除該被保險人部分之保險契約效力，其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。

聲明事項  
(一) 本人(被保險人)同意兆豐產物保險公司得蒐集、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)同意兆豐產物保險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(被保險人、要保人)同意兆豐產物保險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。  
(四) 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，申請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兆豐產物保險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兆豐產物保險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，而兆豐產物保險公司仍承保者，兆豐產物保險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兆豐產物保險公司者，同意兆豐產物保險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。

此致  
兆豐產物保險股份有限公司  
要保人(要保單位)/負責人簽章：  
其他約定事項：需團體保險證，未勾選者視為不需要……是，否  
要保日期：中華民國 年 月 日

兆豐大學  
梁正德 校長

下列欄位由保險公司填寫

兆豐產險欄位	主管核定	核保	經辦	業務員簽名	保經代欄位	業務員簽名	保代/保經簽署章
				業務員登錄字號		業務員登錄字號	
				保經代號		營業單位名稱	
				代號		營業單位代號	

兆豐產物保險股份有限公司

大專校院獎助生團體保險 學生名冊

投保期程：1個月 2個月 3個月 4個月 5個月 6個月  
7個月 8個月 9個月 10個月 11個月 1年

NO	學生姓名	身分證字號	出生年月日	國籍 (TW可為空值)
1	兆小樂	D231879214	99.10.10	
2	王大明	A172652653	100.7.8	
3	吳小美	F232178263	97.4.1	
4	周杰	R153798263	98.5.1	
5	陳大善	H152666324	97.9.23	
6	林俊男	F157689293	98.2.1	
7	蘇東坡	A179263178	100.1.28	
8	洪天天	Q222324563	100.3.1	
9	邱大仁	B154725678	97.5.7	
10	張哲	R802452996	98.6.2	香港
11				
12				
13				
14				
15				

本校計有上列學生共 10 人，參加本學生團體保險，茲檢附名冊乙份計 1 頁  
 暨縣市政府核准公文影本計 \_\_\_\_\_ 張，請查照。

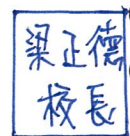
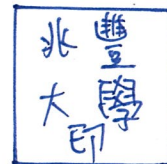
此致

兆豐產物保險股份有限公司

投保學校名稱：兆豐大學

校長：梁正德  
 (或職務代理人)

經辦人：林憲毅



(簽章)

(簽章)

(簽章)

中華民國

年

月

日



兆豐產物 保險股份有限公司

大專校院獎助生團體保險

參加學生人數及保險費用明細表

投保期程：1個月 2個月 3個月 4個月 5個月 6個月  
7個月 8個月 9個月 10個月 11個月 1年

項目	總人數	總保險費金額	說明
繳交保險費學生	10	1,470	按每名學生 147 元收繳
繳款日期	113年1月10日	<input type="checkbox"/> 超商繳費 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行匯款	超商繳費待本司出單後，持本司連同保單所提供之超商繳費單前往超商繳款。 銀行匯款請於匯款後，通知承辦人學校名稱、匯款帳號、匯款時間及匯款金額，以利後續銷帳事宜。



投保學校名稱：兆豐大學 (簽章)

校長：梁正德  (簽章) 經辦人：林雲毅  (簽章)  
(或職務代理人)

學校地址：台北市中正區武昌街一段58號

學校電話：(02) 2381-2127

中華民國 年 月 日



兆豐保險

## 兆豐產物保險股份有限公司 團體保險保戶權益確認書

要保單位(要保人為法人)：兆豐大學

要保單位謹向兆豐產物保險股份有限公司(下稱兆豐產險)聲明投保本保單時已確認下列事項：

- 一、要保單位與被保險人已確實瞭解所投保險種、保險金額及保險費支出符合自身的投保目的及與實際需求相當。
- 二、要保單位與被保險人已確認投保時之實際資料與要保書等要保文件上所載之資料一致。
- 三、要保單位已於檢視要保書等相關要保文件內容無誤後簽署相關要保文件，且確認全體被保險人均已同意投保，受益人之指定確經被保險人同意。
- 四、要保單位已確認本保單之被保險人均為要保單位所屬人員或其家屬；要保單位於本保單保險期間內提供予兆豐產險之本保單被保險人資料，要保單位亦將於確認其等均為要保單位成員及其眷屬且確實皆具辦理該異動(如加保、退保、投保內容異動等)之意願後，方提供予兆豐產險。
- 五、要保單位已確實瞭解所繳交之保險費係用以購買保險商品。若本保單保險費係由被保險人全額自費，要保單位並已確認被保險成員已同意本保單保險費由其全額負擔。



要保單位簽章

日期：中華民國 年 月 日