

特殊境遇家庭微型保險投保同意書

112.05.26

本人_____

☐同意投保特殊境遇家庭微型保險，知悉並願依規定切結下列事項：

☐不同意投保特殊境遇家庭微型保險(以下免填)。

1. 雲林縣政府為照顧特殊境遇家庭，特連結新光人壽保險股份有限公司(以下簡稱新光人壽)辦理本縣特殊境遇家庭微型保險工作，並由新光人壽保險股份有限公司及財團法人新光人壽慈善基金會全額捐贈保費，被保險人無需負擔保費。
2. 被保險人資格：本縣 15 歲至 70 歲申辦 112 年 6 月 1 日後~113 年特殊境遇家庭之子女生活津貼或子女教育補助之申請人(113 年 5 月 31 日前)提出申請並核定符合者，含總清查核定至 113 年 5 月 31 日之符合資格者)。
3. 保險金額：被保險人每人保額新臺幣 30 萬元整。
4. 保險期間：為 1 年(民國 113 年 7 月 1 日零時起 至 民國 114 年 6 月 30 日午夜十二時止)
5. 給付項目：被保險人在契約有效期間內，若不幸因遭受意外傷害事故(指非由疾病引起之外來突發事故)，致其身體蒙受傷害而致殘廢或死亡，提供身故保險金或喪葬費用保險金、殘廢保險金。(精神障礙或其他心智缺陷，致不能或欠缺辨識行為能力死亡，其「身故保險金」金均變更為「喪葬費用保險金」)
6. 本人同意雲林縣政府提供相關資料予新光人壽進行投保審核，審核通過後自動納保。
7. 本人同意新光人壽保險公司：(1)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)將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作為核保及理賠之參考。(3)就本人之個人資料，於個人資料保護法範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
8. 本人同意本保險受益人填列為法定繼承人(繼承順序依民法第 1138 條辦理)。
9. 本人知悉納保後倘有不符雲林縣特殊境遇家庭扶助資格之情形，而被註銷特殊境遇家庭扶助，特殊境遇家庭微型保險亦連同停止納保。
10. 本人☐有☐無領有身心障礙證明，☐輕度、☐中度、☐重度、☐極重度，目前☐有☐無受有監護宣告。(如領有身心障礙證明，請檢附身心障礙證明雙面影本)
11. 本人目前工作為：_____職稱：_____ ☐無。

以上所敘述及提供之資料，如有隱匿或其他不實情事，致影響後續申請理賠，本人自負責任，並願負偽造文書等法律責任。

此致 雲林縣政府

填寫日期： 年 月 日

立切結書人： (簽名或蓋章)

身分證字號： 出生年月日：

戶籍地址：

通訊地址(可收信)：

聯絡電話：

※已申請項目：

☐子女生活津貼

☐子女教育補助(身分認定)