新光產物保險股份有限公司

附件2

志工意外團體保險投保資料表

**（請填寫單位名稱） 　　　 志工名冊**

保險期間: 年 月 日起至 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **志工姓名** | **身份證字號** | **出生年月日** | **志工服務內容**  **(請詳述實際工作內容)** | **投保組別/項次** |
|  |  |  | 範例: 電話接聽、關懷訪視、櫃檯引導及活動支援等 | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申請單位資訊** | | | |
| **聯絡人姓名** |  | **聯絡電話(手機)** |  |
| **投保志工人數** |  | **填寫日期** | **年　　月　　日** |
| **志工督導核章** |  | **單位負責人核章** |  |