

臺中市政府「113年青年求職就業安心保險服務」試辦計畫

投保申請書

113.5.15版

被保險人資料

姓名											
身分證字號											
出生年月日	民國	年	月	日	職業類別(1~6)	(建議依推介工作性質填寫)					
求職登記日	民國	年	月	日	行動電話 (寄發核保簡訊使用)	(如無行動電話得提供E-Mail)					
<input type="checkbox"/> 推介服務 <input type="checkbox"/> 就業諮詢	民國	年	月	日							

注意事項及同意書

- 本計畫提供設籍臺中市年滿15歲至25歲未在學且未就業之待業青年，待業期間親自至臺中市就業服務處所屬就業服務站(台)辦理求職登記，並接受至少一次推介就業服務或相關諮詢者，**本人確實符合上述申請資格及條件，並願意配合提供相關資料，如有缺漏經通知於7天內(日曆天)限期補正，屆期未補正或補正仍不符合規定者，視為未申請。**
- 本人(被保險人，以下同)同意臺中市就業服務處為核實以上資料，得向勞工保險局查詢勞工保險資料及戶政系統查詢戶籍資料，惟因查詢勞保資料有一定空窗期，本人應誠實告知失業或就業狀態。本計畫所指待業期間，指無任何就業保險加保中紀錄，亦無職業工會、農會、漁會、勞保訓字保加保中紀錄。
- 本計畫提供之保險簡介如下：

險種	保障簡介	保險金額
團體傷害保險	◆意外身故保險金 ◆重症燒燙傷保險金 35% ◆意外失能保險金 100%~5%(1~11級，80項) (註：意外傷害，指非由疾病引起之外來突發事故所致)	30萬元
團體傷害醫療保險	因意外傷害事故門診、急診、住院或手術，依條款約定之限額內實支實付(註：非以健保身分就醫，致各項醫療費用未經全民健康保險給付，依實際給付之各項費用之65%支付，惟仍以保險條款約定之限額為限)	1萬元

- 本計畫113年度委託新光人壽保險股份有限公司辦理，以下事項請知悉：
 - 本人同意新光人壽保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
 - 本人同意新光人壽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。
 - 本人同意新光人壽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。
 - 本人知悉從事「台灣地區傷害保險個人職業分類表」職業等級為拒保之工作者不得投保，例如礦工、海上作業潛水人員、採石爆破人員……等。填寫本表非保證核保，保險公司保留審核是否核保之權利，亦不保證續保，保障內容及理賠給付規定依保單條款為準。
 - 核保結果及保單查詢方式將於審核後發送簡訊至本人提供之行動電話號碼，已提供正確資料。
 - 本人知悉如有偽造文書或以不實資料申請，臺中市就業服務處得撤銷或廢止參加計畫資格，保險公司另得視情節輕重，依保險法規定解除或撤銷契約；保險事故發生後亦同。
- 保險生效期間：經核保後，保險期間自推介服務或就業諮詢日起至114年5月31日止，惟最早生效日期為113年6月1日(保險期間至多1年期)。

本人已詳閱以上注意事項且瞭解相關權益

被保險人簽名：_____

未成年者，已檢附法定代理人(或監護人)同意書

收件及審核

收件日期： 年 月 日	_____ 就業服務站/台		
	就業服務員	(核章)	【站/台收件章】
<input type="checkbox"/> 符合本計畫資格	<input type="checkbox"/> 不符合本計畫資格	業務督導	(核章)
		站 長	(核章)