

財團法人脊髓損傷社會福利基金會

臺銀人壽『簡單愛微型傷害保險』續保切結書

立書人(即要保人、被保險人) _____ 確有加入臺銀人壽『簡單愛微型傷害保險』之需求，同意由財團法人脊髓損傷社會福利基金會(以下簡稱本會)代為投保，且已了解最晚須於「收到本會通知簡訊後六天內(含假日)」填妥本切結書並送達本會，逾期視同喪失續保資格，須依首次加保程序填寫完整資料重新申請，始得再次投保。

以下資料填寫屬實，並願意遵守微型保險相關規範：

甲方：(簽印、日期) 財團法人脊髓損傷社會福利基金會

立案字號：臺北市政府社會局中華民國 101 年 2 月 23 日北市社團字第 10132314900 號函

聯絡電話：(02)2557-9060

傳真號碼：(02)2557-9070

地 址：10361 台北市大同區民權西路 136 號 16 樓之 6

乙方：(簽印、日期)

生理性別：

民國出生年月日：

身份證統一編號：

連絡電話：

戶籍地址：

聯絡地址：

職業名稱與工作內容簡述：

中華民國

年

月

日 (此為填寫日期)