



新北市教師會團體傷害險加入表

要保單位：新北市教師會

保單號碼：

承保項目	計畫A	計畫B	計畫C	計畫D	計畫E (未滿15歲)
意外身故保險金	100萬	200萬	300萬	500萬	
意外殘廢保險金	5~100萬	10~200萬	15~300萬	25~500萬	5~100萬
搭乘大眾運輸工具身故/殘廢(增額給付)	300萬	600萬	900萬	1500萬	
電梯特定事故身故/殘廢(增額給付)	100萬	200萬	300萬	500萬	
火災特定事故身故/殘廢(增額給付)	100萬	200萬	300萬	500萬	
地震特定事故身故/殘廢(增額給付)	100萬	200萬	300萬	500萬	
重大燒燙傷比例保險金(最高)	100萬	200萬	300萬	500萬	100萬
特定殘廢生活扶助金	50萬	100萬	150萬	250萬	50萬
同時 傷害醫療保險給付-實支實付	2萬	3萬	3萬	5萬	2萬
給付 傷害醫療保險給付-住院日額型(含骨折未住院)	1,000/日	2,000/日	2,000/日	2,000/日	1,000/日
傷害住院加護病床給付/20天	1,000/日	2,000/日	2,000/日	2,000/日	1,000/日
傷害住院燒傷病床給付/20天	1,000/日	2,000/日	2,000/日	2,000/日	1,000/日
傷害住院慰問金/每次住院3天(含)以上	1,000/次	2,000/次	2,000/次	2,000/次	1,000/次
救護車運送保險金/每次事故	1,000/次	2,000/次	2,000/次	2,000/次	1,000/次
年繳保費	800元	1,500元	2,100元	3,350元	400元

◎生效日為每月1日及16日午夜12時起，生效日當日須下午5:00前傳真或e-mail掃描檔，始可於當日午夜12時起生效

◎可隨時加保，加保時間未滿一年者保費依比例計算(僅第一年)

被保險人基本資料：

生效日期：自 年 月 日 午夜十二時起(由保險公司填寫)

	被保險人簽名 (7歲以下由本人代簽)	身分證字號	出生日期	工作性質	投保計畫	保費 (可不填)	身故受益人姓名	關係
本人								
配偶								
子女								
子女								
父母								

◎若無指定身故受益人，以被保險人之法定繼承人為受益人 保費合計 元(可不填)

第一年因投保時間不同保費依比例計算，請來電詢問正確保費，或先不填，我們收到傳真後再簡訊通知正確保費

本人姓名：_____ 服務單位：_____

聯絡電話：_____ 行動電話：_____ 電子郵件：_____

通訊地址：(郵遞區號：_____) _____

信用卡授權書

信用卡種類：VISA MASTER JCB 聯合信用卡 發卡銀行：_____ 保費合計：_____ 元(可不填)

卡號：_____ - _____ - _____ - _____ 有效日期：_____ 月 _____ 年

本人續保時，續年度保費同意自上述帳戶扣繳 持卡人簽名：_____

核定	承辦人	業務員簽章	業務員登錄字號	保經代簽署人章	要保單位章