**新光人壽-活力平安傷害保險要保資料**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **會員姓名** |  | **服務學校** |  | **會員卡號** |  | **聯絡電話** |  | **email** |  |
|  |
| **編號** | **被保險人** | **身分證字號** | **住址** | **聯絡電話** | **投保方案****(例如:A1+2或B1)** | **金額** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

￭參加對象：會員及家屬皆可參加

￭投保方式：1.填寫要保資料後回傳新北市教育人員產業工會

 2.工會彙整要保資料轉交保險公司

 3.保險公司與投保會員連繫相關細節

￭回傳方式：1.傳真(02)2263-9468 2.e-mail：tpctc@ms75.hinet.net

￭聯 絡 人：新北市教育人員產業工會：02-2261-1170分機221蔡寧鴒小姐