

# 投保規定

投保年齡&特殊規定	未滿 15 歲 (費率請另洽)	15~19 歲	20~65 歲	66~70 歲	71~85 歲	外籍人士 (不可保 D 型)	學生校外教學 (不可保 D 型)
可投保保額	200 萬	500 萬	1000 萬	500 萬	200 萬	200 萬	300 萬

## 投保流程：

- ➔ 填寫『旅行險被保險人名冊』
- ➔ 傳真：02-22316204 或 MAIL- [pro.ins@msa.hinet.net](mailto:pro.ins@msa.hinet.net)
- ➔ 寶祥受理回覆(依指定傳送方式)
- ➔ 保戶確認無誤依下列繳費方式繳費

註：本收據不得作為個人綜合所得稅列舉扣除之用。

106.06.02

### 新北市教育人員產業工會旅行平安保險被保險人名冊

要保人 (公司請註明抬頭)	要保人身分證字號 (公司請註明統一編號)	出生日期：				
團體聯絡人	聯絡電話：	手機號碼：				
旅遊期間	___年___月___日___時(0-24)起共計___天(24小時為一天)	旅遊地點：				
保單傳送方式：(多利用 E 化電子單據,響應節能減碳,珍惜資源)(出國前如需收到保單正本,請於出發前 10 日辦理投保) 1. <input type="checkbox"/> 傳真：_____ 2. <input type="checkbox"/> E-MAIL：_____						
3. <input type="checkbox"/> 寄送地址：□□□□□ _____						
*使用何種繳費方式： <input type="checkbox"/> (1) 信用卡繳費：請填下列“信用卡授權書” <input type="checkbox"/> (2) 劃撥繳費：劃撥帳號:18439721 戶名:寶祥保險經紀人股份有限公司 <input type="checkbox"/> (3) ATM 玉山：寶祥開立保單後，併附繳費單 <input type="checkbox"/> (4) 郵局媒體轉帳：局號□□□□□□□—□帳號：□□□□□□□—□		*加保本保險請於出發(生效)時間的 24 小時(不含例假日)前完成；出發(生效)時間如在例假日，請提前辦理。				
告知事項：(如勾“是”請填內容，如未勾選視同“否”)						
被保險人於此次旅遊是否有投保其他保險公司之旅行平安保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：姓名_____公司名稱_____保額_____萬。						
被保險人姓名	身分證字號	出生日期	身故受益人	關係	方案／保額	保險費(元)
					型 萬	
					型 萬	
					型 萬	
					型 萬	
					型 萬	
保險費合計						元整

**聲明事項：**本人同意 貴公司基於人身保險業務需要，得依據個人資料 保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

要(被)保險人簽名：\_\_\_\_\_

### 信用卡授權書

信用卡付款授權約定條款:本人授權台壽保產物(股)公司及財團法人聯信中心主要會員銀行，由本人之會員銀行信用卡帳戶扣除保費。

持卡人姓名：\_\_\_\_\_ 持卡人身分證字號：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

發卡銀行：\_\_\_\_\_ 卡號：\_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ 授權保費：\_\_\_\_\_ 元

有效期間：\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年(西元) 持卡人簽名：\_\_\_\_\_ (與信用卡同)

持卡人與被保險人關係： 本人  配偶  子女  父母  兄弟姐妹 簽單日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

規劃服務／寶祥保險經紀人股份有限公司

電話／(02)2231-6319 傳真／(02)2231-6204  
email : [pro.ins@msa.hinet.net](mailto:pro.ins@msa.hinet.net)