

# 教師旅行平安險

## 全程旅遊好康報

- 國內旅遊輕鬆投保，旅行全程有依靠！
- 多一點保障，多一份安心。
- 保費優惠，親朋好友皆適用



### ◆ 案例：

#### ● 國內旅遊一天 → 保費 70 元

◎ 意外身故 200 萬                      ◎ 食品中毒慰問保險金 1500 元

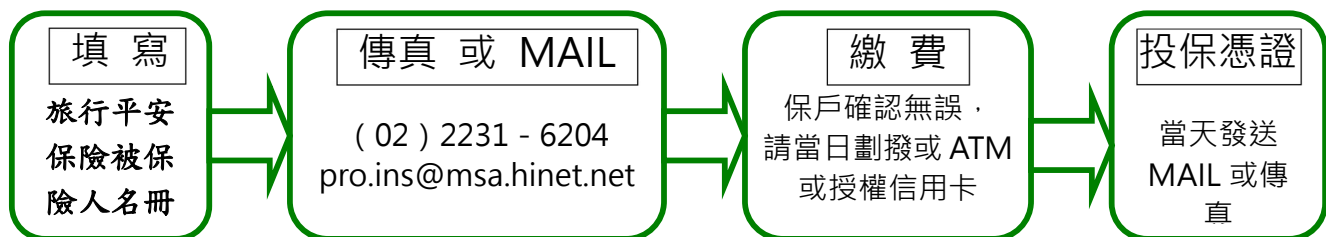
◎ 意外醫療 20 萬

#### ● 國內旅遊三天 → 保費 206 元

◎ 意外身故 500 萬                      ◎ 食品中毒慰問保險金 1500 元

◎ 意外醫療 50 萬

### ◆ 流程：



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

方案	A 型 (限國內)					B 型 (限國內)					
保 險 內 容											
承保項目	◆食品中毒慰問金保險					◆食品中毒慰問金保險					
傷害險(萬)	100	200	300	500	1000	100	200	300	500	1000	
傷害醫療(萬)	10	20	30	50	100	-	-	-	-	-	
天數	1	35	70	105	173	348	27	54	81	134	270
	2	38	75	114	189	379	30	59	88	146	294
	3	41	81	124	206	411	32	64	96	159	317
	4	53	106	160	267	534	41	83	124	206	412
	5	65	131	197	328	657	50	102	152	254	507
	6	71	141	212	354	708	54	110	164	273	547
	7	76	152	226	379	758	59	118	176	293	586
	8	81	160	238	396	786	62	124	185	306	607
	9	85	168	249	414	813	65	130	193	320	629
	10	89	176	261	432	840	68	136	202	334	650
	11	93	183	272	449	867	72	142	211	347	671
	12	98	191	284	467	895	75	148	220	361	692
	13	102	199	295	484	922	78	154	229	374	713

→其他天數費率請來電洽詢！  
投保規定

保險年齡&特殊規定	可投保保額
未滿 15 歲	暫不受理
15~65 歲	1000 萬
66~70 歲	500 萬
71~80 歲	400 萬
81~90 歲	200 萬
外籍人士 (15~70 歲)	500 萬
外籍人士 (71~80 歲)	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
- 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。

111.07.11

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			
團體件之聯絡人	要保人手機號碼		要保人電話			
旅遊期間	____年__月__日__時(0-24)起共計____天(24小時為一天)			旅遊地點	<input type="checkbox"/> 跟團 <input type="checkbox"/> 自助	
保單傳送方式(擇一選擇)：(若至歐洲自助旅遊者,建議出發前5天索取歐洲申根保險辦理投保)						
1. <input type="checkbox"/> E-MAIL：_____ 2. <input type="checkbox"/> 傳真：_____						
*使用何種繳費方式：					*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。	
<input type="checkbox"/> (1)信用卡繳費：請填下列“信用卡授權書”《需依授權人規定,方可刷卡》 <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)ATM 台銀：台灣銀行連城分行(帳號 048-001-117683)請加註帳號後5碼：						
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	

**信用卡授權書**

**保單號碼：**

信用卡付款授權約定條款:本人授權保險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。

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 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) 簽單日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

持卡人與被保險人關係(請擇一勾選)：選擇 **2~3 者**，須檢附關係證明

1. 授權人為 被保險人 要保人 受益人

2. 授權人為 被保險人 要保人以下關係 配偶 父母 子女 兄弟姐妹  (外)祖父母  (外)孫子女

3. 被保險人或要保人為法人，授權人為法人以下關係 負責人 員工