

團體傷害保險詢價申請書

統一編號		要保單位名稱		代表人		
營業性質		聯絡電話		法人註冊地	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____	
地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	參加資格		<input checked="" type="checkbox"/> 指本契約所附被保險人名冊內所載之人員		
投保經驗： <input type="checkbox"/> 新承保件 <input type="checkbox"/> 轉同業件，原承保公司：						
保險期間：_____年_____月_____日零時起一年						
保費負擔比例 公司_____%/員工_____%/職福會_____%						
總人數：_____人， <input type="checkbox"/> 僅承保員工 <input type="checkbox"/> 含眷屬（職業類別限 1~3 類）						
職類	人數	工作性質（該職類所有工作內容）			範例說明 （僅供參考）	
第一類					內勤行政	
第二類					外勤業務	
第三類					倉管監工	
第四類					現場工人	
第五類					吊車司機、鷹架工人	
第六類					營大貨司機	
投保險種／適用職類 （職類未勾選視為所有職類之平均費率）				保險金額（新台幣：元）		
				計畫一	計畫二	計畫三
				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
				<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
				<input type="checkbox"/> 1~2 <input type="checkbox"/> 1~3	<input type="checkbox"/> 1~2 <input type="checkbox"/> 1~3	<input type="checkbox"/> 1~2 <input type="checkbox"/> 1~3
				<input type="checkbox"/> 1~4 <input type="checkbox"/> 5~6	<input type="checkbox"/> 1~4 <input type="checkbox"/> 5~6	<input type="checkbox"/> 1~4 <input type="checkbox"/> 5~6
<input type="checkbox"/> G041	團體傷害保險-死亡及失能保險			萬	萬	萬
<input type="checkbox"/> G042	團體傷害保險-失能保險			萬	萬	萬
<input type="checkbox"/> G043	-甲型-傷害醫療保險金（實支實付型）			萬	萬	萬
<input type="checkbox"/> G044	-乙型-傷害醫療保險金（日額型）			仟	仟	仟
<input type="checkbox"/> G036	-燒燙傷病房保險金			仟	仟	仟
<input type="checkbox"/> G035	-加護病房保險金			仟	仟	仟
<input type="checkbox"/> G038	-搭乘大眾運輸工具期間意外事故多倍給付			倍	倍	倍
<input type="checkbox"/> G037	-特定事故多倍給付			倍	倍	倍
<input type="checkbox"/> G030	-住院慰問保險金			仟	仟	仟
<input type="checkbox"/> G031	-救護車費用保險金			仟	仟	仟
<input type="checkbox"/> G032	-急診費用保險金			仟	仟	仟
<input type="checkbox"/> G040	-重大燒燙傷給付			萬	萬	萬
投保人數				人	人	人

1-FG0C0072-0



理賠狀況 【轉同業件須填】		前二年總理賠金額：_____ 理賠率：_____	
		投保成員是否有罹患癌症、腦中風、重大器官移植、心肌梗塞、尿毒症： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 請說明：_____	
繳費方式		<input checked="" type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳	
備註事項			
經辦姓名 (富壽服務人員)		經辦代號 (登錄字號)	
傳真號碼		行動電話	
E-MAIL		M+案號	

團體傷害保險詢價申請書_計畫內容

投保險種/適用職類 (職類未勾選視為所有職類之平均費率)		保險金額(新台幣:元)		
		計畫()	計畫()	計畫()
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1~2 <input type="checkbox"/> 1~3 <input type="checkbox"/> 1~4 <input type="checkbox"/> 5~6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1~2 <input type="checkbox"/> 1~3 <input type="checkbox"/> 1~4 <input type="checkbox"/> 5~6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1~2 <input type="checkbox"/> 1~3 <input type="checkbox"/> 1~4 <input type="checkbox"/> 5~6
<input type="checkbox"/> G041	團體傷害保險-死亡及失能保險	萬	萬	萬
<input type="checkbox"/> G042	團體傷害保險-失能保險	萬	萬	萬
<input type="checkbox"/> G043	-甲型-傷害醫療保險金(實支實付型)	萬	萬	萬
<input type="checkbox"/> G044	-乙型-傷害醫療保險金(日額型)	仟	仟	仟
<input type="checkbox"/> G036	-燒燙傷病房保險金	仟	仟	仟
<input type="checkbox"/> G035	-加護病房保險金	仟	仟	仟
<input type="checkbox"/> G038	-搭乘大眾運輸工具期間意外事故多倍給付	倍	倍	倍
<input type="checkbox"/> G037	-特定事故多倍給付	倍	倍	倍
<input type="checkbox"/> G030	-住院慰問保險金	仟	仟	仟
<input type="checkbox"/> G031	-救護車費用保險金	仟	仟	仟
<input type="checkbox"/> G032	-急診費用保險金	仟	仟	仟
<input type="checkbox"/> G040	-重大燒燙傷給付	萬	萬	萬
投保人數		人	人	人

0-FG0C0072-1

