台北市旅行商業同業公會　函

機關地址：104 台北市四平街 20 號 6 樓
電話：02-25312191 傳真：02-25415825

受文者：各會員旅行社負責人

發文日期：中華民國 111 年 12 月 13 日
發文字號：北旅字第 111381 號
附件：如說明二

主旨：本會提供每家會員一名額團體傷害保險，敬請貴公司提供公司負責人或一名員工(投保勞、健保並正式授薪者)之被保險人相關資料俾憑辦理投保事宜，敬請查照。

說明：

一、會員團體傷害保險將自 112 年 1 月 1 日起生效，保險內容如下：

1. 一般意外身故保險金 100 萬元。
2. 意外傷害醫療實支實付 3 萬元。
3. 意外傷害醫療病房住院日額(最高給付 90 日)1500 元/日。

二、檢附台北市旅行商業同業公會團體傷害保險被保險人資料表，敬請被保險人填妥後蓋公司章及被保險人簽名後於本年 12 月 20 日前寄回本會俾憑辦理投保事宜。

三、團體保險承保年齡為 15 足歲至 70 歲為限，續保年齡至 75 歲為限。被保險人若年齡超過 65 歲(含)請填寫團體傷害保險健康告知聲明書(有需要聲明書者請與本會聯繫)，懷孕 16 週(含)以上者不予承保。

理事長　駱炫宏

台北市旅行商業同業公會團體傷害保險被保險人資料表

公司名稱	
被保險人姓名 （請正楷填寫）	
職　　稱	
身分證號碼	
出生年月日	年　　月　　日
工作內容 （含兼職）	

公司蓋章：　　被保險人簽名：

聯絡人：　　聯絡電話：

敬請被保險人填妥資料、公司蓋章及被保險人簽名後於 111 年 12 月 20 日前郵寄 10458 台北市四平街 20 號 6 樓。謝謝！