

工會會員「行車安心」保險專案-保險資料單

強制卡號									車種			
牌照號碼									生日	年	月	日
被保險人									性別	☐ 男 ☐ 女		
身份證號碼									婚姻狀況			
聯絡電話	公司：() 住家：() 手機： E-mail：											
戶籍地址	☐ ☐ ☐ 因無加保傷害險，故不顯示資料。											
寄件地址	☐ ☐ ☐											
車籍資料	廠牌						排氣量		C.C			
	製造年份		西元 年				原發照日		民國 年 月			
	引擎號碼											
保險期間	自民國 年 月 日中午12時止 如原保單已過期，新保單於繳款次日中午12時起開始生效 至民國 年 月 日中午12時止()個月											
請勾選 投保險種	☐ 強制(20萬/200萬)						☐ 駕駛人傷害險 (20萬/200萬)		☐ 第三人責任險 (需連線估價)			
	輕型	重型	超重型									
☐ 一年	424	658	711				419					
☐ 二年	735	1200	1306				838		無 第三人責任險僅一年期			
工會優惠												
合計												
被保險人確認簽章： 工會聯絡人： ☐ 本人 ☐ 會員姓名： 聯絡電話： 若非本人申請，代理人願負一切責任 代理人簽章： 與被保險人關係： 代理人聯絡電話：												
工會名稱	彰化縣足部反射療法 從業人員職業工會						工會電話 工會傳真		(04)722-2726 傳真前請來電告知			