

※填妥要保書後請傳真至：2918-2340，稍後會與被保險人確認。

※如有任何問題敬請致電投保專線：2918-2330#153 服務人：李星霽

或e-mail至：Even.Wang@msig-mingtai.com.tw

※保單寄送處：住所(通訊處) 執業處所

※請勾選繳費方式：刷卡 銀行 郵局

藥師與藥劑生業務責任保險投保方案		<input type="checkbox"/> 方案一	<input type="checkbox"/> 方案二	<input type="checkbox"/> 方案三
保險金額	每一意外事故最高賠償金額	100萬	200萬	300萬
	保險期間內之最高賠償金額	300萬	600萬	900萬
每一事故自負額(新臺幣)		每一事故\$1,000.-		
保險費		\$1,165.-	\$1,570.-	\$1,800.-



信用卡繳付保費授權書

簽帳日期：_____年_____月_____日 授權號碼：_____ (客戶免填)

信用卡種類：聯合信用卡 VISA CARD MASTER CARD JCB CARD

信用卡卡號：_____ - _____ - _____ - _____

信用卡有效期限：(西元)_____月_____年

持卡人身分證統一編號：_____ 持卡人電話：_____

持卡人簽名：_____ *請核對簽名是否與信用卡上簽字相同

持卡人與被保險人關係 本人 配偶 父母 子女 祖父母 孫子女 兄弟姊妹 公司負責人
其他關係者請服務人說明關係 主管覆核

被保險人	保單(證)號碼	保險費				
		拾	萬	仟	佰	拾元
服務人：李星霽	保險費簽帳金額：	拾	萬	仟	佰	拾元整

備註：1.持卡人同意以信用卡支付上開保險費與明台產物保險股份有限公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。

2.本項交易若未獲聯合信用卡處理中心核准，則本保險費簽帳單自動失效，保險費視同未收。