

發文方式：電子公文

檔 號：
保存年限：5 年

台南市葬儀商業同業公會 (函)

機關地址：70242 臺南市國民路 270 巷 75 弄 9 號
承辦人：總幹事 傅仲南 0912-049417
電 話：(06)2150423
傳 真：(06)2147659
網 址：WWW.twfba.Org.tw
電子信箱：f091204941787@yahoo.com.tw

受文者：台南市葬儀商業同業公會各會員

發文日期：中華民國 112 年 02 月 03 日

發文字號：南市(112)殯定字第 002 號函

速 別：最速件

密等及解密條件或保密期限：最速件

附 件：

主旨：第 15 屆第二次會員大會及餐敘聯誼暨 112 年團體意外險投保通知與近期殯葬資訊相關規定宣達，請查照！

說明：

- 一、會員大會及餐敘聯誼~餐會時間、地點：大象寬廷宴會廳(臺南市仁德區大同路 3 段 858 號)；召開日期時間：112 年 05 月 05 日(星期五)
(一)17:00 開始報到。(二)18:00 大會開始。(三)18:40 摸彩餐敘聯誼。
- 二、參與人員採報名制參與。(一桌為 5 家本會會員，採自行組桌報名)；為精算桌數與節省開銷，避免不必要浪費，參與人員採報名制參與，報名後請準時與會；報名截止日：112 年 04 月 28 日前(陸續報名仍受理)。
- 三、未組桌報名者(個別報名)，由本會編定桌次。
- 四、本次報名採 Line 方式~總幹事私訊報名；當每 15 日於 Line 公務群組中彙整~公告周知。
- 五、為保障合法會員權益，當日摸彩券領取：限公會登錄之商號負責人或會員代表，領有會員識別證晶片卡(當年度常年會費已繳納)之會員代表，須提出相關證明文件。
- 六、會議開始前完成簽到，人數超過法定人數，會議宣佈開始後，即不受理報到及發放摸彩券。
- 七、為改善摸採時間冗長，易覺吵雜情形發生，摸彩當下，除理監事職務捐助. 民意代表. 廠商等. 所贊助禮金(禮品)，列入當場摸採外；其餘未獲獎者，則依摸彩券存根，於餐敘結束前於會場兌換禮金 300 元(餐敘結束後，則不予受理)。
- 八、棺車維修金：為免摸彩時間過於冗長，摸彩方式取消，改以年度

發放回饋金方式因應。

九、112 年團體意外險投保通知：

(一)投保規定如下：

1. 112 年團體意外險投保(自 112.04.01. 起~至 113.03.31. 止)，保費 **1,125 元/每位**，本會補助每間業者(會員)一位，未呈報投保資料，則以投保負責人為主；由公會主動替其投保。(增加投保人員則需自費)
2. 投保年齡：滿 16 足歲至 70 歲(投保期間滿 70 足歲後；則視為無效保單~即 42/04/01 前出生者)
3. 辦理出險：個人需由單位出具在職證明(詳如附件一)，並註明出勤事故地點…等；避及有詐領保險費之嫌。(未從事殯葬業倘辦理出險可否理賠?是否續保?要保單位請自行考量)
4. 凡 111 年因骨折開刀理賠要保人，112 年將不予納保。

(二)為免於有詐領保險費之嫌，請業者於 112 年 03 月 17 日前，重新報核要保人名冊並繳費。(團體意外險加保申請書~詳如附件二)

(三)團體意外險加保申請書~逕自公會洽領或公會官網下載。

(四)主要給付項目. 承保內容. 投保資格. 理賠方式(得以收據副本出險)如附表：

區 分	富 邦 產 險
主要給付項目	1. 傷害醫療保險金。 2. 身故醫療保險金。 3. 殘廢醫療保險金。
承保內容	1. 傷害醫療保險金(日額型)- 1,000 元/每日 。 2. 傷害醫療保險金(實支實付型)-每一事故限額 30,000 元 。 3. 團體傷害保險金： 1,000,000 元/每人 。 ※1.2 項可同時申請理賠。
投保資格	公會會員及所屬員工成員(實際參與殯葬服務人員)
理賠方式	收據副本
海外救助	轉送 5 萬/美金
住宿期限	30 天

十、重申【公會 Line 公務群組管理施行細則】：依據 109.10.12 南市(109)殯奇字第 019 號函計達，請恪遵規定：

(一)如沒署名會員名稱或呈報公會，而**私自邀請加入者**，經發現…本會有權刪除踢出該員。

(二)會員或代表可於群組，針對本會或相關單位建議及討論，
其它非殯葬相關情事，請勿上傳造成洗版而蓋文。

正本：台南市葬儀商業同業公會各會員

副本：台南市葬儀商業同業公會

理事長王素定

在職證明書

團體保險出險專用

姓名		性別	
出生年月日		籍貫	
住址			
到職日期		身分證字號	
擔任職務		備註 (聯絡電話)	殯葬禮儀服務業 09 -

詳述事故日期. 時間
地點及交通工具等

上列各項確實 特此證明

證明單位：

負責人：

商號用印

負責人用印

中華民國 年 月 日

※附診斷證明. 存摺影本. X光片(骨折)

台南市葬儀商業同業公會

團體意外險加保申請書

茲 申請台南市葬儀商業同業公會團體意外險加保申請書，
願意遵守貴公會相關管理辦法。

商
號
用
印

負
責
人
用
印

公司行號		會員編號		
負責人姓名		行動電話		
A 加 保 人	加保人姓名		加保人姓名	
	身 字 號		身 字 號	
	出生年月日		出生年月日	
	分 性 別	<input type="checkbox"/> 男. <input type="checkbox"/> 女.	分 性 別	<input type="checkbox"/> 男. <input type="checkbox"/> 女.
	聯 絡		聯 絡	
	證 地 址		證 地 址	
	行動電話		行動電話	
與負責人關係		與負責人關係		
B 加 保 人	加保人姓名		加保人姓名	
	身 字 號		身 字 號	
	出生年月日		出生年月日	
	分 性 別	<input type="checkbox"/> 男. <input type="checkbox"/> 女.	分 性 別	<input type="checkbox"/> 男. <input type="checkbox"/> 女.
	聯 絡		聯 絡	
	證 地 址		證 地 址	
	行動電話		行動電話	
與負責人關係		與負責人關係		

★請檢附加保人身分證影印本。(人數依需要可於背面續增加)

申請人簽章：

申請日期：中華民國 年 月 日

C	加保人	加保人姓名		D	加保人	加保人姓名			
		身	字號				身	字號	
			出生年月日					出生年月日	
		分	性別			<input type="checkbox"/> 男. <input type="checkbox"/> 女.	分	性別	<input type="checkbox"/> 男. <input type="checkbox"/> 女.
			聯絡地址					聯絡地址	
		證	行動電話				證	行動電話	
		與負責人關係				與負責人關係			
E	加保人	加保人姓名		F	加保人	加保人姓名			
身		字號		身		字號			
		出生年月日				出生年月日			
分		性別	<input type="checkbox"/> 男. <input type="checkbox"/> 女.	分		性別	<input type="checkbox"/> 男. <input type="checkbox"/> 女.		
		聯絡地址				聯絡地址			
證		行動電話		證		行動電話			
與負責人關係			與負責人關係						