

新光人壽保險股份有限公司 函

機關地址：100台北市忠孝西路一段66號

聯絡電話：(02)23895858

聯絡經辦：團體險開發課 陳訓輝 分機 232

1

受文者：宜蘭縣教師會各會員學校教師會會長

發文日期：中華民國99年7月22日

發文字號：新壽團意字第0990000025號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

主旨：本公司「宜蘭縣教師會會員自費團體保險」99年續約費率調整說明由。

說明：

- 一、團體保險續約年度費率，係採過去理賠經驗、計算作業成本，綜合總損失做為未來調整費率之基準。
- 二、關於本專案99年度續約費率，係以貴會所投保之保件96年08月至99年05月間之保費收入、理賠支付，理賠指數的計算公式為：理賠指數 = $A/B \times 100\%$ $A=96年08月01日至99年05月20日止$ ，宜蘭縣教師會之總理賠金額。本項金額為：4,348,813元。 $B=96年08月01日至99年05月20日止$ ，宜蘭縣教師會之經過保費。本項金額為：1,199,703元。
- 三、依據前項說明，貴會總損失率應為362%。本次費率調整，採去除尾數逕以360%計算。
- 四、以上說明，盼已清晰。並誠請貴會體諒本公司調費之情。

正本：宜蘭縣教師會

副本：宜蘭縣教師會各會員學校教師會會長

總經理 潘柏錚

依分層負責規定授權單位主管決行