附件1

校（园）方责任系列保险投保登记表

填表日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| **校方责任系列保险投保信息登记表** |
| 学校名称（盖章） |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 详细地址 |  |
| 经办人 |  | 手机号码 |  | 固定电话 |  |
| 微信号 |  | 邮箱 |  |
| 保险期限 | 自2025年09月01日零时至2026年08月31日二十四时止 |
| **校方责任保险及附加校方无过失责任保险** |
| 投保学生数 | 保费标准 | 单列保费 | 总保费合计 |
| （ ）生 | 义务教育阶段每生每年8元 |  |  |
| 非义务教育阶段每生每年10元 |  |
| **教职工校方责任保险及附加24小时意外（提供姓名、身份证）** |
| 投保教职工数 | 每人每年保费标准 | 保费合计（元） |
| （ ）人 | □100元 □130元 |  |
| **学生实习责任保险(提供姓名、身份证）** |
| 投保学生总数 | 每生每年保费标准（可选择半年） | 保费共计（元） |
| （ ）生 | 50元/年 |  |
| 25元/半年 |  |
| **校园食品卫生责任保险** |
| 投保类型 | 保费标准及数量 | 保费共计（元） |
| 校内食堂 |  |  |
| 校内小卖部 |  |  |

备注：1、“学校名称”为学校全称与公章名称一致；“详细地址”为快递到达地址。

2、学校作为投保人请填写“统一社会信用代码”。

**教职工校方责任保险及附加24小时意外投保人员信息表**

| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号码（外籍教职员工提供护照号码）** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |

**学生实习责任保险投保人员信息表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号码** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |