新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

『大專校院校外實習學生團體保險』114年度作業手冊

履約期間：114年08月01日-115年7月31日
招標案號：LP5-114026

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

簡報大綱

- 保障計劃說明
- 投保及加退保流程
- 投保及加退保文件填寫說明
- 理賠流程說明
- Q & A

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

保障計畫說明

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

保障計劃說明

保障範圍：
凡非因疾病所引起的外來突發事故。(承保24小時)
例如：交通意外等事故(酒後駕車、自殺不予理賠)。

保障對象：
教育部所轄之各級公、私立大專校院具有學籍之校外實習學生(以記載於被保險人名冊內者為限)。

履約期間：
自114年08月01日00時 至 115年07月31日24時止。

保險期間：
可投保一年、11個月、10個月、9個月、8個月、7個月、6個月、5個月、4個月、3個月、2個月、1個月、1日(超過1日不滿1個月視為1個月)

投保人數：
每張保單最低投保人數為5人。
(一律採記名入單，如需印製團體保險卡，請於要保書上載明。)

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

保障計劃說明

保障內容：

單位：新臺幣

項目	承保內容	保險額度
A	意外身故	200萬元
B	意外失能	依失能等級給付10萬 ~ 200萬元
C	意外傷害事故門診醫療	最高給付5萬元
D	意外傷害事故住院醫療	每日給付1,000元
C+D項目合計最高給付5萬元		

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

保障計劃說明

身故保險金：

被保險人於本契約有效期間內遭受契約約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內死亡者，本公司按該被保險人保險金額給付身故保險金。但超過一百八十日死亡者，受益人若能證明被保險人之死亡與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。

失能保險金：

被保險人於本契約有效期間內遭受契約約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內致成附表所列失能程度之一者，本公司給付失能保險金，其金額按該表所列之給付比例計算。

但超過一百八十日致成失能者，受益人若能證明被保險人之失能與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

保障計劃說明

失能程度與保險金給付表(節錄部分)

2眼	視力障害（註2）	2-1-1	雙目均失明者。	1	100%
		2-1-2	雙目視力減退至0.06以下者。	5	60%
		2-1-3	雙目視力減退至0.1以下者。	7	40%
		2-1-4	一目失明，他目視力減退至0.06以下者。	4	70%
		2-1-5	一目失明，他目視力減退至0.1以下者。	6	50%
		2-1-6	一目失明者。	7	40%

	上肢缺損障害	8-1-1	兩上肢腕關節缺失者。	1	100%
		8-1-2	一上肢肩、肘及腕關節中，有二大關節以上缺失者。	5	60%
		8-1-3	一上肢腕關節缺失者。	6	50%
	手指缺損障害（註8）	8-2-1	雙手十指均缺失者。	3	80%
		8-2-2	雙手兩拇指均缺失者。	7	40%
		8-2-3	一手五指均缺失者。	7	40%
		8-2-4	一手包含拇指及食指在內，共有四指缺失者。	7	40%
		8-2-5	一手拇指及食指缺失者。	8	30%
		8-2-6	一手包含拇指或食指在內，共有三指以上缺失者。	8	30%
		8-2-7	一手包含拇指在內，共有二指缺失者。	9	20%
		8-2-8	一手拇指缺失或一手食指缺失者。	11	5%
		8-2-9	一手拇指及食指以外之任何手指，共有二指以上缺失者。	11	5%

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

保障計劃說明

意外傷害事故門診醫療保險金：

被保險人於本契約有效期間內遭受意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內以全民健康保險之保險對象身分經醫院或診所以門診方式治療時，本公司按該被保險人門診期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之費用核付「意外傷害事故門診醫療保險金」。

被保險人不以全民健康保險之保險對象身分門診治療；或前往不具有全民健康保險之醫院或診所門診治療者，致各項醫療費用未經全民健康保險給付，本公司依被保險人實際支付之費用之百分之六十五給付，但最高給付金額仍受前項之限制。

門診

係指被保險人經登記合格的醫院或診所診療，但不包含被保險人經醫師診斷其傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。

意外傷害事故住院醫療保險金：

被保險人於本契約有效期間內遭受意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內住院治療時，每日給付新臺幣壹仟元「意外傷害事故住院醫療保險金」。

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

保障計劃說明

保險費：

投保月數	保險費
12個月	452
11個月	429
10個月	407
9個月	384
8個月	362
7個月	339
6個月	294
5個月	249
4個月	203
3個月	158
2個月	113
1個月	68
1日	23

單位：新臺幣

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

投保及加退保流程

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

投保及加退保流程

1.找到新光產物官網，首頁上方的商品櫥窗，選擇團體傷害險

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

投保及加退保流程

2.找到「大專校院校外實習學生團體保險」專區

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

投保及加退保流程

3.請先閱讀重要公告，再進行投保及加退保作業。

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

投保及加退保流程

二、表單下載

要保單位地區	應備文件	填寫範例
投保文件	要保文件(請用印) 被保險人名冊(請提供電子檔)	要保文件填寫範例
人員異動(加保/退保)	批改申請書(請用印+提供電子檔)	人員異動填寫範例
理賠文件	理賠申請書	-

三、聯絡窗口

*E-mail至新光產物受理信箱：skiad5@skinsurance.com.tw(隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明)

要保單位地區	聯絡電話 (02)2507-5335
第一區	劉小姐　分機844
第二區	吳小姐　分機899

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

投保文件填寫說明

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

投保文件填寫說明

二、表單下載

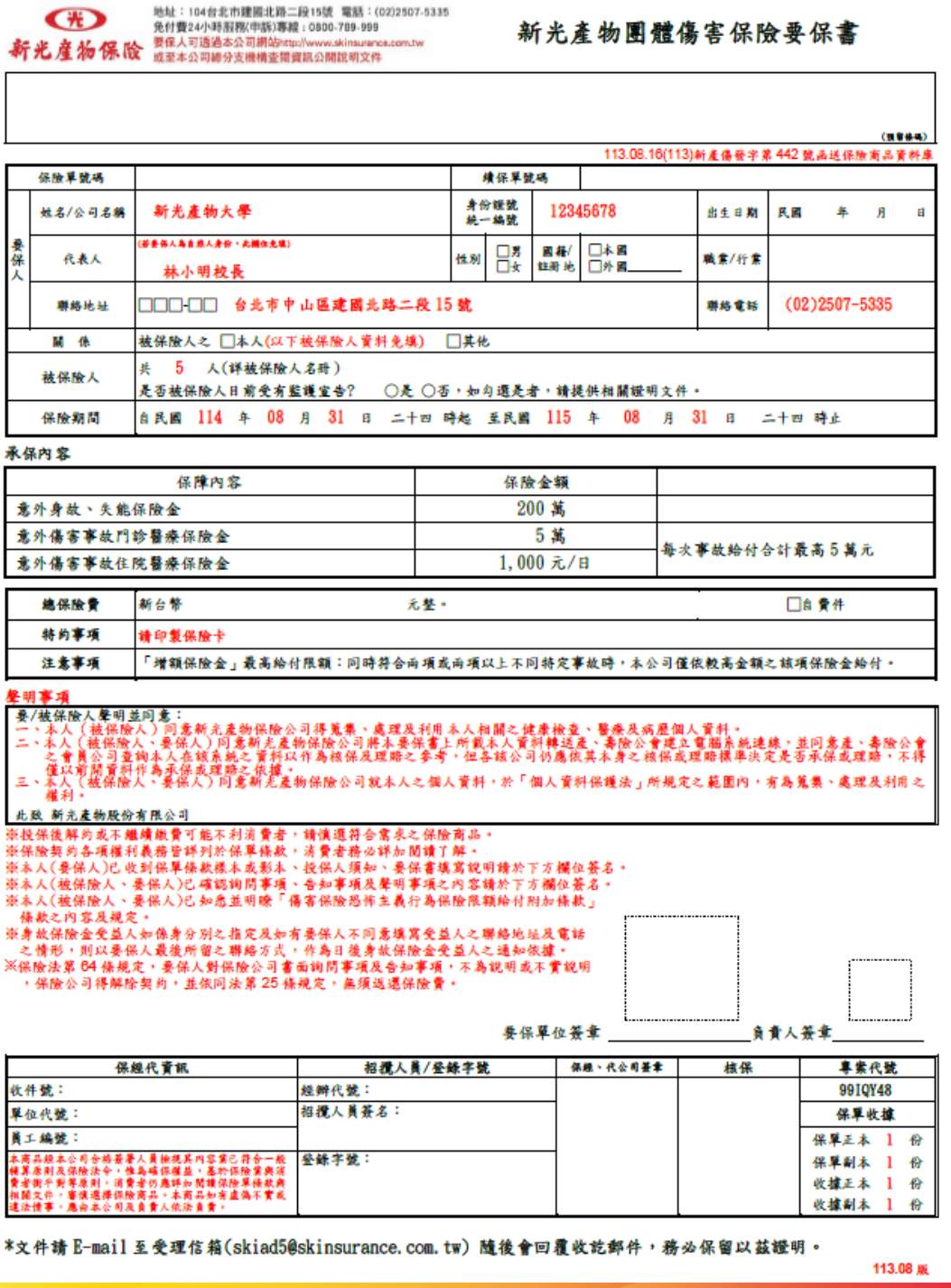
要保單位地區	應備文件	填寫範例
投保文件	要保文件(請用印) 被保險人名冊(請提供電子檔)	要保文件填寫範例
人員異動(加保/退保)	批改申請書(請用印+提供電子檔)	人員異動填寫範例
理賠文件	理賠申請書	-

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

第1頁，共3頁
要保書

要保書範本

要保文件共有3頁



新光產物保險

地址：104台北市建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335
免付費24小時服務(申訴)專線：0800-789-999
要保人可透過本公司網站http://www.skinsurance.com.tw
或至本公司總分支機構查閱資訊公開說明文件

新光產物團體傷害保險要保書

（預留條碼）

113.08.16(113)新產傷發字第 442 號函送保險商品資料庫

保險單號碼			續保單號碼				
要保人	姓名/公司名稱	新光產物大學	身份證號統一編號	12345678		出生日期	民國 年 月 日
	代表人	(若要保人為自然人身份，此欄位免填) 林小明校長	性別	□男 □女	國籍/註冊地	□本國 □外國_____	職業/行業	
	聯絡地址	□□□-□□ 台北市中山區建國北路二段 15 號					聯絡電話	(02)2507-5335
關係		被保險人之 □本人(以下被保險人資料免填) □其他						
被保險人		共 5 人(詳被保險人名冊) 是否被保險人目前受有監護宣告? ○是 ○否，如勾選是者，請提供相關證明文件。						
保險期間		自民國 114 年 08 月 31 日 二十四 時起 至民國 115 年 08 月 31 日 二十四 時止						

承保內容

保障內容	保險金額	
意外身故、失能保險金	200 萬	
意外傷害事故門診醫療保險金	5 萬	每次事故給付合計最高 5 萬元
意外傷害事故住院醫療保險金	1,000 元/日	

總保險費	新台幣 元整。	□自費件
特約事項	請印製保險卡	
注意事項	「增額保險金」最高給付限額：同時符合兩項或兩項以上不同特定事故時，本公司僅依較高金額之該項保險金給付。	

聲明事項

要/被保險人聲明並同意：
一、本人（被保險人）同意新光產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
二、本人（被保險人、要保人）同意新光產物保險公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
三、本人（被保險人、要保人）同意新光產物保險公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

此致 新光產物股份有限公司

※投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
※保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。
※本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本、投保人須知、要保書填寫說明請於下方欄位簽名。
※本人(被保險人、要保人)已確認詢問事項、告知事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名。
※本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」條款之內容及規定。
※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。
※保險法第 64 條規定，要保人對保險公司書面詢問事項及告知事項，不為說明或不實說明，保險公司得解除契約，並依同法第 25 條規定，無須返還保險費。

要保單位簽章 _____ 負責人簽章 _____

保經代資訊	招攬人員/登錄字號	保經、代公司蓋章	核保	專案代號
收件號：	經辦代號：			99IQY48
單位代號：	招攬人員簽名：			保單收據
員工編號：				保單正本 1 份 保單副本 1 份 收據正本 1 份 收據副本 1 份
本商品經本公司合格業務人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。	登錄字號：			

*文件請 E-mail 至受理信箱(skiad5@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。

113.08 版

處處新光 · 讓愛發光

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

投保文件填寫說明

新光產物保險
地址：104台北市建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335
免付費24小時服務(申訴)專線：0800-789-999
要保人可透過本公司網站http://www.skinsurance.com.tw
或至本公司總分支機構查閱資訊公開說明文件

新光產物團體傷害保險要保書

（預留條碼）

113.08.16(113)新產傷發字第 442 號函送保險商品資料庫

保險單號碼			續保單號碼					
要保人	姓名/公司名稱	新光產物大學	身份證號統一編號	12345678		出生日期	民國 年 月 日	
	代表人	(若要保人為自然人身份，此欄位免填) 林小明校長	性別	□男 □女	國籍/註冊地	□本國 □外國_____	職業/行業	
	聯絡地址	□□□-□□ 台北市中山區建國北路二段 15 號						
關 係		被保險人之 □本人(以下被保險人資料免填) □其他						
被保險人		共 5 人(詳被保險人名冊) 是否被保險人目前受有監護宣告？ ○是 ○否，如勾選是者，請提供相關證明文件。						
保險期間		自民國 114 年 08 月 31 日 二十四 時起 至民國 115 年 08 月 31 日 二十四 時止						

承保內容

保障內容	保險金額	
意外身故、失能保險金	200 萬	
意外傷害事故門診醫療保險金	5 萬	每次事故給付合計最高 5 萬元
意外傷害事故住院醫療保險金	1,000 元/日	

總保險費	新台幣 元整。	□自費件
特約事項	請印製保險卡	
注意事項	「增額保險金」最高給付限額：同時符合兩項或兩項以上不同特定事故時，本公司僅依較高金額之該項保險金給付。	

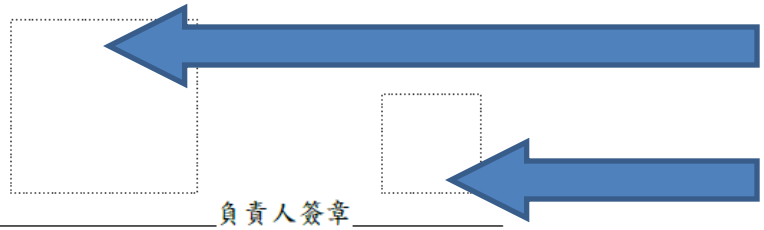
紅色文字部分皆為必填

若有保險卡需求請註明

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

投保文件填寫說明

※投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
※保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。
※本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本、投保人須知、要保書填寫說明請於下方欄位簽名。
※本人(被保險人、要保人)已確認詢問事項、告知事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名。
※本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」條款之內容及規定。
※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。
※保險法第 64 條規定，要保人對保險公司書面詢問事項及告知事項，不為說明或不實說明，保險公司得解除契約，並依同法第 25 條規定，無須返還保險費。



要保單位簽章 _____ 負責人簽章 _____

保經代資訊	招攬人員/登錄字號	保經、代公司簽章	核保	專案代號
收件號：	經辦代號：			99IQY48
單位代號：	招攬人員簽名：			保單收據
員工編號：				保單正本 1 份
本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。	登錄字號：			保單副本 1 份 收據正本 1 份 收據副本 1 份

*文件請 E-mail 至受理信箱(skiad5@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。

113.08 版

***共兩處需要用印**

***若有正副本需求請註明份數**

要保單位可蓋系所章
負責人可蓋校長章或系主任章

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

投保文件填寫說明

新光產物保險股份有限公司

團體保險保戶權益確認書

第2頁，共3頁
保戶權益確認書

要保單位(要保人為法人)：＿＿＿ 新光產物大學 ＿＿＿

保單號碼：

要保單位謹向新光產物保險股份有限公司（下稱新光產險）聲明投保本保單時已確認下列事項：

一、 要保單位與被保險人已確實瞭解所投保險種、保險金額及保險費支出符合自身的投保目的及與實際需求相當。

二、 要保單位與被保險人已確認投保時之實際資料與要保書等要保文件上所載之資料一致。

三、 要保單位已於檢視要保書等相關要保文件內容無誤後簽署相關要保文件，且確認全體被保險人均已同意投保，受益人之指定確經被保險人同意。

四、 要保單位已確認本保單之被保險人均為要保單位所屬人員或其家屬；要保單位於本保單保險期間內提供予新光產險之本保單被保險人資料，要保單位亦將於確認其等均為要保單位成員及其眷屬且確實皆具辦理該異動(如加保、退保、投保內容異動等)之意願後，方提供予新光產險。

五、 要保單位已確實瞭解所繳交之保險費係用以購買保險商品。若本保單保險費係由被保險人全額自費，要保單位並已確認被保險成員已同意本保單保險費由其全額負擔。

要保單位名稱需與要保書名稱一致

此處務必用印
要保單位可蓋系所章
負責人可蓋校長章或系主任章

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

要保單位簽章

日期：中華民國 114 年 08 月 15 日

110.05版

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

投保文件填寫說明

實習生核對表

本單位計有附件名冊實習學生共 5 人，參加本大專校院校外實習學生團體保險，已確認被保險人基本資料正確無誤。此致**新光產物保險**股份有限公司。

請確認以下資料是否皆檢附:

□要保書(需用印)

□保戶權益確認書(需用印)

□實習生核對表(需用印)

□實習生名冊(電子檔即可)

***以下帳戶資訊欄位皆為必填**

後續人員異動如有退費，以匯款方式匯入以下指定帳戶

銀行/郵局: 臺灣銀行

分行/支局: 松江分行

帳　　號: 0000123456789　　(請提供存摺帳號影本)

戶　　名: 新光產物大學

***以下聯絡窗口欄位皆為必填**

要保單位同意新光產物保險股份有限公司透過承辦窗口資訊聯繫並傳遞要保文件(含補件)

投保學校及系所 新光產物大學保險系

聯絡人姓名: 陳小明

聯絡人電話: (02)2507-5335

傳真號碼: (02)1234-5678

電子信箱: shinkong@skinsurance.com.tw

投保學校：　　(用印)

校長(或職務代理人)：　　(簽章)

承辦人：　　(簽章)

中華民國 114 年 08 月 15 日

*文件請 E-mail 至受理信箱(skiad5@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。

第3頁，共3頁
實習生核對表

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

投保文件填寫說明

請確認以下資料是否皆檢附:

☐要保書(需用印)

☐保戶權益確認書(需用印)

☐實習生核對表(需用印)

☐實習生名冊(電子檔即可)

1.送件前請再次確認文件是否都已備齊、用印。

***以下帳戶資訊欄位皆為必填**

後續人員異動如有退費，以匯款方式匯入以下指定帳戶

銀行/郵局: 臺灣銀行

分行/支局: 松江分行

帳　　號: 0000123456789　　(請提供存摺帳號影本)

戶　　名: 新光產物大學

2.可先提供匯款帳號及影本，後續若有退費會以匯款方式，直接匯入指定帳戶。

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

投保文件填寫說明

*以下聯絡窗口欄位皆為必填

要保單位同意新光產物保險股份有限公司透過承辦窗口資訊聯繫並傳遞要保文件(含補件)

投保學校及系所	新光產物大學保險系
聯絡人姓名:	陳小明
聯絡人電話:	(02)2507-5335
傳真號碼:	(02)1234-5678
電子信箱:	shinkong@skinsurance.com.tw

紅字部分皆為必填，傳真號碼也需要填寫!

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

投保文件填寫說明

*以下聯絡窗口欄位皆為必填

要保單位同意新光產物保險股份有限公司透過承辦窗口資訊聯繫並傳遞要保文件(含補件)

投保學校及系所　新光產物大學保險系

聯絡人姓名：　陳小明

聯絡人電話：　(02)2507-5335

傳真號碼：　(02)1234-5678

電子信箱：　shinkong@skinsurance.com.tw

投保學校：　(用印)

校長(或職務代理人)：　(簽章)

承辦人：　(簽章)

填寫完成後，共有三處需用印。

1.投保學校: 可蓋學校關防章或系所章。
2.校長(或職務代理人): 可蓋校長章或系主任章。
3.承辦人: 可與聯絡人不同。

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

大專校院校外實習學生團體保險被保險人名冊

本名冊附於並構成整個要保書

編號	被保險人姓名	身分證號碼	出生日期（民國年月日）	保險費新台幣（元）
1	林小明	A123456789	94/01/01	
2	王小明	B123456789	94/02/01	
3	吳小明	C123456789	94/03/01	
4	李小明	D123456789	94/04/01	
5	周小明	E123456789	94/05/01	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

註1:要保單位未能提供個別被保險人聯絡資料者，雙方約定以要保單位之電子郵件信箱或地址為被保險人之聯絡資料，保險公司將依要保單位之聯絡資料通知被保險人。
※保險法第 64 條規定，要保人對保險公司書面 詢問事項，不為說明或不實說明，保險公司得解除契約，並依同法第 25 條規定，無

*文件請E-mail至受理信箱(skiad5@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。

紅字部分皆為必填
生日請統一使用民國年月日 (YY/MM/DD)

範例:民國94年1月1日出生

✓ **正確:94/01/01**

✗ **錯誤:94/1/1 、094/1/1 、 940101**

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

加退保文件填寫說明

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

加退保文件填寫說明

二、表單下載

要保單位地區	應備文件	填寫範例
投保文件	要保文件(請用印) 被保險人名冊(請提供電子檔)	要保文件填寫範例
人員異動(加保/退保)	批改申請書(請用印+提供電子檔)	人員異動填寫範例
理賠文件	理賠申請書	-

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

新光產物保險
地址：104台北市建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335
免付費24小時服務(申訴)專線：0800-789-999
要保人可透過本公司網站http://www.skinsurance.com.tw
或至本公司總分支機構查閱資訊公開說明文件

大專校院校外實習學生團體傷害保險 契約變更申請書

保單號碼	(必填欄位)13- 0014 IBP 00099999			要保單位	新光產物大學		
保險期間				批單號碼			

編號	加/退	轉入日期 (加保填寫)	喪失學籍日期 (退保填寫)	被保險人姓名	身分證字號	出生年月日 (民國年月日)	工作內容	備註
	■加保 □退保	114/09/30		趙小明	F123456789	94/06/01	大專校院校外實習學生	
	■加保 □退保	114/09/30		胡小明	G123456789	94/07/01	大專校院校外實習學生	
	□加保 ■退保		114/10/01	林小明	A123456789	94/01/01	大專校院校外實習學生	
	□加保 ■退保		114/10/01	王小明	B123456789	94/02/01	大專校院校外實習學生	
	□加保 □退保						大專校院校外實習學生	
	□加保 □退保						大專校院校外實習學生	
	□加保 □退保						大專校院校外實習學生	
	□加保 □退保						大專校院校外實習學生	
	□加保 □退保						大專校院校外實習學生	
	□加保 □退保						大專校院校外實習學生	

以上加保人數共_____名，退保人數共_____名；保險費合計：(＋，－)NT$_____元整。(由新光產物填寫)

●退費付款方式如下：
□匯款：_____銀行／郵局_____分行／支局,帳號：_____戶名：_____(請提供存摺帳號影本)

要保人聲明事項：
1.本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
2.本人知悉貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理、利用或國際傳輸之權利。

加退保批註
1、當月份如有加、退保學生，請填寫本表於次月10日前交表格及費用給本公司駐校服務人員（每月10日前做上一個月之加退保）。
2、加保學生應以加保當月開始計算應補保險費，退保學生以喪失學籍日次月起計算應退保險費，並於每月辦理由學校收（退）應補及應退保費金額。
3、由臺閩地區所屬學校戶轉者，免做加退保手續，保險契約繼續有效。
4、被保險人已於新光產險或其他保險公司投保意外商品者將於審核後保留承接與否之決定權。
5、所有申請加保於本保單之被保險人，本公司將依投保內容及其他相關資訊進行核保審核並保留承接與否之決定權。

收件日期

投保學校用印處		校長(或職務代理人)用印處		聯絡人簽章處_____ 聯絡人電話(分機):_____ 聯絡人電子信箱:_____

經辦人		招攬人員親簽 登錄證字號		核保	

*文件請E-mail至受理信箱(skiad5@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

加退保文件填寫說明

新光產物保險
地址：104台北市建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335
免付費24小時服務(申訴)專線：0800-789-999
要保人可透過本公司網站http://www.skinsurance.com.tw
或至本公司總分支機構查閱資訊公開說明文件

大專校院校外實習學生團體傷害保險 契約變更申請書

保單號碼		(必填欄位)13- 0014 IBP 00099999			要保單位	新光產物大學		
保險期間					批單號碼			
編號	加/退	轉入日期 (加保填寫)	喪失學籍日期 (退保填寫)	被保險人姓名	身分證字號	出生年月日 (民國年月日)	工作內容	備註
	■加保 □退保	114/09/30		趙小明	F123456789	94/06/01	大專校院校外實習學生	
	■加保 □退保	114/09/30		胡小明	G123456789	94/07/01	大專校院校外實習學生	
	□加保 ■退保		114/10/01	林小明	A123456789	94/01/01	大專校院校外實習學生	
	□加保 ■退保		114/10/01	王小明	B123456789	94/02/01	大專校院校外實習學生	
	□加保 □退保						大專校院校外實習學生	
	□加保 □退保						大專校院校外實習學生	
	□加保 □退保						大專校院校外實習學生	
	□加保 □退保						大專校院校外實習學生	
	□加保 □退保						大專校院校外實習學生	
	□加保 □退保						大專校院校外實習學生	

1.每月份加保及退保請於**次月10日前**送件至指定受理信箱。
2.保單號碼、要保單位、學生基本資料請務必填寫。
3.加保人員請填寫**轉入日期**，並以**加保當月**計算應收保險費。
4.退保人員請填寫**喪失學籍日期**，並以**喪失學籍日次月**計算應退保險費。

加退保文件填寫說明

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

以上加保人數共_____名，退保人數共_____名；保險費合計：(＋，－)NT$_____元整。(由新光產物填寫)

1

●退費付款方式如下：
□匯款：_____銀行／郵局_____分行／支局,帳號：_____戶名：_____（請提供存摺帳號影本）

要保人聲明事項：
1.本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
2.本人知悉貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理、利用或國際傳輸之權利。

加退保批註
1、當月份如有加、退保學生，請填寫本表於次月10日前交表格及費用給本公司駐校服務人員（每月10日前做上一個月之加退保）。
2、加保學生應以加保當月開始計算應補保險費，退保學生以喪失學籍日次月起計算應退保險費，並於每月辦理由學校收（退）應補及應退保費金額。
3、由臺閩地區所屬學校戶轉者，免做加退保手續，保險契約繼續有效。
4、被保險人已於新光產險或其他保險公司投保意外商品者將於審核後保留承接與否之決定權。
5、所有申請加保於本保單之被保險人，本公司將依投保內容及其他相關資訊進行核保審核並保留承接與否之決定權。

收件日期

2 投保學校用印處		3 校長(或職務代理人)用印處		4 聯絡人簽章處_____ 聯絡人電話(分機):_____ 聯絡人電子信箱:_____

經辦人		招攬人員親簽登錄證字號		核保	

*文件請E-mail至受理信箱(skiad5@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。

1.若有退費請提供匯款帳戶及影本。
2.可蓋系所章，但需與投保時蓋的章一致。
3.可蓋校長章或系主任章。
4.聯絡人資訊請填寫。

<u>*填寫及用印完成後，請將掃描檔及電子檔一並寄至受理信箱!</u>

理賠流程說明

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

理賠流程說明

二、表單下載

要保單位地區	應備文件	填寫範例
投保文件	要保文件(請用印) 被保險人名冊(請提供電子檔)	要保文件填寫範例
人員異動(加保/退保)	批改申請書(請用印+提供電子檔)	人員異動填寫範例
理賠文件	理賠申請書	-

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

新光產物保險 傷害健康保險金申請書

□新申請 □續賠件

標註(*)欄位請務必填寫完整　　被保險人基本資料　　賠案編號＿＿＿＿＿＿

保單號碼		(*)姓名		(*)身分(居留)證字號	
出生日期	年　月　日	(*)目前服務單位/工作內容			

事故/疾病發生概述（一張申請書限申請一次事故）

(*)事故日期	年　月　日　時	(*)事故地點	
(*)申請項目	□身故保險金 □失能保險金 □意外醫療保險金 □健康醫療保險金 □其他＿＿＿＿＿＿		

(*)事故或病發經過說明(請詳述事故發生原因，何時發生，經過情形，務必據實填寫，以免影響權益)

□由警方處理	＿＿＿＿分局 ＿＿＿＿派出所 ＿＿＿＿員警，電話：＿＿＿＿	是否投保其他家傷害(健康)保險? □否 □是 投保公司為＿＿＿＿＿＿

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理或利用，除本公司「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外，就　台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理或利用，將於人身保險或財產保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、海外急難救助、追償、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若　台端不同意本公司蒐集、處理或利用前述資料，本公司將可能無法提供　台端相關人身保險或財產保險業務之申請及辦理。

立同意書人（即被保險人），已瞭解上述說明，並同意　貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與　貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保處理賠案務、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此　致　　新光產物保險股份有限公司

(*)立同意書人

即被保險人/受益人：＿＿＿＿＿＿　　法定代理人/監護人：＿＿＿＿＿＿

身分(居留)證字號：＿＿＿＿＿＿（簽章）　身分(居留)證字號：＿＿＿＿＿＿（簽章）

※未成年人或受有監護宣告者，法定代理人/監護人欄位請務必填妥。

申請日期：中華民國　　年　　月　　日

(*)聯絡地址	□□□	(*)聯絡(行動)電話	
		E-MAIL	

付款方式

(*)若貴公司核付保險金，同意依下列□勾選之給付方式辦理。

1.□匯款至被保險人或受益人帳戶。

2.□匯款至法定代理人/監護人帳戶。

且經*另一法定代理人/監護人＿＿＿＿＿＿（簽章）同意授權予該法定代理人受領保險金。

並檢附足以證明關係之證明文件（如：戶謄、監護裁定等）。(此限被保險人為未成年人或受有監護宣告者)

*請檢附「存摺封面」影本

戶名	金融機構及分行	金融機構及分行代號	帳號
	銀行　分行		

送件單位		送件人姓名		聯絡電話	

11301版

第1頁，共3頁

1.必填欄位已用*標註

2.立同意書人處請簽章
(※未成年人或受有監護宣告者，法定代理人/監護人欄位請務必填妥。)

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

理賠申請檢附文件一覽表						
項次	申請項目/文件	保險金				本次所檢文件請勾選確認
		身故	失能	意外醫療	健康醫療	
1	保險金申請書正本	V	V	V	V	
2	死亡證明書或相驗屍體證明書正(副)本	V				
3	公立或指定醫院出具之失能診斷證明正(副)本		V			
4	被保險人除戶戶籍謄本	V				
5	受益人之身分證明(未成年者另附法定代理人之身分證明)	V	V	V	V	
6	醫院記載入出(加護)病房醫療診斷書正(副)本			V	V	
7	醫療診斷書或住院證明正(副)本	V	V	V	V	
8	醫療費用收據正(副)本			V		
9	印有姓名、日期之影像光碟	V	V	V	V	
10	警方處理紀錄	V	V	V		
11	門診、出院病歷摘要	V	V	V	V	
12	病理切片/檢驗報告	V	V	V	V	
13	受益人個人金融帳戶存摺封面影本	V	V	V	V	
14	其他本公司認為必要之文件	V	V	V	V	

※以上表列正(副)本字樣係指該項文件須經出具單位開立並用印，自行翻印視同無效。
※因每案事故原因及傷況不同，結案文件仍需與理賠人員確認為準。

身分證正面影本(請浮貼)	身分證反面影本(請浮貼)

11301 版

第2頁，共3頁

1.依申請的理賠項目檢附對應文件
2.請黏貼身分證正反面影本

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

新光產物保險股份有限公司（下稱本公司）依個人資料保護法（下稱個資法）第 8 條第 1 項（如為間接蒐集之個人資料則為第 9 條第 1 項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集目的：
（一）財產保險（〇九三）。
（二）人身保險（〇〇一）。
（三）行銷（〇四〇）。
（四）消費者、客戶管理與服務（〇九〇）。
（五）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（一八一）。

二、蒐集個人資料之類別：
一般個人資料包括但不限於姓名、身分證統一編號（護照號碼或居留證號碼）、出生年月日、住址、聯絡方式（電話號碼、行動電話、電子郵件地址）、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容。
特種個人資料，病歷、醫療、健康檢查等(於法令許可範圍內者)。

三、個人資料之來源（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）：
（一）要保人／被保險人。
（二）司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。
（三）當事人之法定代理人、輔助人。
（四）各醫療院所。
（五）與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、利用之期間、對象、地區及方式：
（一）期間：因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。
（二）對象：
本（分）公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。
（三）地區：上述對象所在之地區。
（四）方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第 3 條，您就本公司保有您之個人資料得行使之權利及方式：
（一）得向本公司行使之權利：
1、向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
2、向本公司請求補充或更正。
3、向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
（二）行使權利之方式：以書面或其他日後可供證明之方式。

六、您不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：您若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供您相關服務或給付。

上開告知事項已公告於本公司官網 http://www.skinsurance.com.tw，若有任何問題請洽詢本公司 0800-789-999 免付費專線。本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。

新光產物保險各區郵寄申請地址

北區	台北總公司:104 台北市中山區建國北路二段 15 號	電話:(02)2507-5335
桃竹苗區	中壢分公司:320 桃園市中壢區環西路 121 號 9 樓 A 室	電話:(03)491-1808
	新竹分公司:300 新竹市民生路 192 號 5 樓	電話:(03)533-9121
	苗栗分公司:360 苗栗市中正路 462 號 4 樓	電話:(037)352-311
中區	台中分公司:404 台中市北區臺灣大道二段 340 號 12 樓	電話:(04)2322-1158
	豐原服務中心:420 台中市豐原區圓環西路 23 號 6 樓	電話:(04)2529-0748
	彰化分公司:500 彰化市中山路二段 326 號	電話:(04)724-2147
南區	台南分公司:700 台南市中西區永華路一段 32 號 12 樓	電話:(06)227-1313
高鳳屏區	高雄分公司:800 高雄市新興區中正三路 154 號 6 樓	電話:(07)238-6006

第3頁，共3頁

填寫完畢後請將申請書及理賠應檢附的文件寄至各區窗口。

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

Q & A

陸生或外籍學生是否可投保?

- 如有本國大專校院學籍身份者可承保，但需檢附居留證號。

交換學生是否可投保？

- 本專案僅承保具大專校院身份之實習學生，如交換學生非為實習學生，將不適用本專案。

投保要保單位用印有無限制？

- 可使用學校關防章或投保系所圓戳章，但章上需有「學校名稱及系所名稱」，代表人章可蓋校長章或系所主任章。

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

要如何查詢服務窗口？

- 可至官網「大專校院校外實習學生團體保險」專區查詢服務人員資訊。

- 亦可來電詢問
  (02)2507-5335#844 劉小姐
  (02)2507-5335#899 吳小姐

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

要保書上生效時是否可調整?

- 本專案生效時固定為24時，若要求0時起保，可自行塗改為0時，並於修改處用印確認即可。

- 到期時則固定為24時不可修改。

保險單號碼			續保單號碼					
要保人	姓名/公司名稱		身份證號 統一編號				出生日期	民國　年　月　日
	代表人	(若要保人為自然人身份，此欄位免填)	性別	□男 □女	國籍/ 註冊地	□本國 □外國_____	職業/行業	
	聯絡地址	□□□-□□					聯絡電話	
關　係		被保險人之 □本人(以下被保險人資料免填)　□其他						
被保險人		共　　人(詳被保險人名冊) 是否被保險人目前受有監護宣告?　○是 ○否，如勾選是者，請提供相關證明文件。						
保險期間		自民國　年　月　日　二十四 時起　至民國　年　月　日　二十四 時止						

需多久前須完成要保？

- 需於「保期開始前1個工作日」將已用印的投保文件寄至指定受理信箱。

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

保險起保日是否有限制？

- 僅接受保險起保日距今60日以前之投保，若超過60日則不受理。

例：今日為114/08/01，僅接受保險起保日60日以內。(114/09/30前生效案件)

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

保費需於何時完成繳納？

- 收到保單(批單)及收據後，需於保期開始30日內完成保費繳納。

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

繳費方式為何？

- 虛擬帳號：950000+貴單位統一編號8碼
- 超商繳費：保費501元~49,999元可使用超商繳費條碼繳費。

哪些事故是不能理賠的?

- 由疾病所引起的意外事故。
- 要保人或被保險人的故意行為(自殺、自殘等)。
- 犯罪行為。
- 被保險人飲酒後駕(騎)車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

感謝聆聽