

# 『大專校院校外實習學生團體傷害保險』 115學年度作業手冊

履約期間：**115年08月01日-116年7月31日(115年07月23日起開放下載)**  
招標案號：LP5-115011

# 簡報大綱



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

- 保障計畫說明
- 投保及加退保流程
- 聯絡資訊
- 投保及加退保文件填寫說明
- 理賠流程說明
- Q & A



# 保障計畫說明



# 保障計畫說明

## 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：

教育部所轄之各公、私立大專校院具有學籍之校外實習課程修習學生(以記載於被保險人名冊內者為限)。

## 履約期間：

自115年08月01日00時 至 116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。)



# 保障計畫說明

## 保障內容：

單位：新臺幣

| 項目 | 承保內容         | 工作型         | 一般型        |
|----|--------------|-------------|------------|
| A  | 意外身故         | 200萬        | 400萬       |
| B  | 意外失能         | 10萬 ~ 200萬元 | 20萬~400萬   |
| C  | 意外傷害事故門診醫療   | 最高5萬元       | 最高10萬元     |
| D  | 意外傷害事故住院醫療   | 每日給付1,000元  | 每日給付1,000元 |
| E  | 意外傷害事故住院醫療增額 | X           | 每日給付1,000元 |

投保工作型時：保險期間內C+D合計最高給付5萬元。

投保一般型時：保險期間內C+D+E合計最高給付10萬元



# 保障計畫說明

## 如何判斷一般型/工作型被保險人？

學校與合作機構簽訂的合約書為「僱傭關係」版本者→ 工作型

●定義：於實習期間從事學習訓練以外之勞務提供或工作事實之實習學生。

學校與合作機構簽訂的合約書為「非僱傭關係」版本者→ 一般型

●定義：於實習期間全程未從事學習訓練以外之勞務提供或工作事實，且不適用依「勞動基準法」辦理實習契約之實習學生。



# 保障計畫說明

## 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。



# 保障計畫說明

## 失能程度與保險金給付表(節錄部分)

|        |              |       |                      |   |      |
|--------|--------------|-------|----------------------|---|------|
| 2<br>眼 | 視力障害<br>(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<br>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，有三大關節以上缺失者。   | 5  | 60%  |
|  |                    | 8-1-3 | 一上肢腕關節缺失者。                | 6  | 50%  |
|  | 手指缺損<br>障害<br>(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%   |



# 保障計畫說明

## 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。



# 保障計畫說明

## 意外傷害事故住院醫療保險金(一般型、工作型適用)：

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」。

## 意外傷害事故住院醫療增額保險金(一般型適用)：

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，另每日給付新臺幣壹仟元「意外傷害事故住院醫療增額保險金」。

- 投保工作型者，住院每日定額給付1,000元。
- 投保一般型者，住院每日定額給付2,000元。



# 保障計畫說明

**保險費：**

| 投保月數 | 工作型 | 一般型 |
|------|-----|-----|
| 12個月 | 382 | 669 |
| 11個月 | 363 | 636 |
| 10個月 | 344 | 602 |
| 9個月  | 325 | 569 |
| 8個月  | 306 | 535 |
| 7個月  | 287 | 502 |
| 6個月  | 248 | 435 |
| 5個月  | 210 | 368 |
| 4個月  | 172 | 301 |
| 3個月  | 134 | 234 |
| 2個月  | 96  | 167 |
| 1個月  | 57  | 100 |
| 1日   | 19  | 33  |

單位：新臺幣



# 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

**新光產險，要的就是你！**

從此刻起，為自己打造「新光」燦爛的人生吧！

**人才招聘中 JOIN US**

<https://www.skinsurance.com.tw/SKI/NewsShow.aspx?ulD=6&slD=5526&ST=>



處處新光 · 讓愛發光



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傷害保險」專區 新契約(LP5-115011)檔案於115年07月23日起開放下載



網路投保»

金融友善專區 公司資訊 商品橱窗 公開資訊 ESG專區 客戶專區 理賠專區 重要宣告 English

| 團體傷害險 | 團體傷害險                       |
|-------|-----------------------------|
| 汽機車保險 | 志工意外團體傷害保險                  |
| 住宅火災險 | 新光產物保險115年度「全國社會工作人員團體意外保險」 |
| 貨物運輸險 | (外交部)因公赴國外出差或返國述職人員綜合保險     |
| 責任保險  | 大專校院校外實習學生團體傷害保險            |
| 個人傷健險 | 災害防救者投保專區                   |
| 團體傷害險 | 115年大專校院獎助生團體保險             |
| 保險Q&A |                             |



24小時免費服務(申訴)專線：0800-789-999

公司電話：(02)2507-5335

傳真號碼：(02)2504-6312

服務時間：週一~週五(上班日) 8:30~12:30, 13:30~17:30

公司地址：105台北市松山區民權東路三段171號3樓

加入好友 用LINE傳送

會員專區 | 客服信箱 | 服務據點 | 網站地圖

好站連結 | 人才招聘 | 隱私權聲明

業務員專區 | 業務員下載

金融友善專區(無障礙網頁)



# 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

網路投保»

[金融友善專區](#)
[公司資訊](#)
[商品橱窗](#)
[公開資訊](#)
[ESG專區](#)
[客戶專區](#)
[理賠專區](#)
[重要宣告](#)
[English](#)

團體傷害險

汽機車保險

住宅火災險

貨物運輸險

責任保險

個人傷健險

團體傷害險

保險Q&A

團體傷害險

大專校院校外實習學生團體傷害保險

**※重要公告**

1. 投保送件及後續相關通知一律以電子郵件辦理，請務必提供常用信箱。
2. 各校諮詢窗口採分區服務，請點選「[窗口名單](#)」查詢。
3. 每月10號前需提供上月份加退保資料。

一、流程說明

1. 如辦理投保或人員異動，請將應備文件填寫後用印寄至受理信箱(skiad5@skinsurance.com.tw)
2. 如申請保險理賠，請將申請書填寫並簽章後，連同應備文件將正本寄回本公司辦理。

二、表單下載



# 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        | <a href="#">要保文件(請用印)</a><br><a href="#">被保險人名冊(請提供電子檔)</a> | <a href="#">要保文件填寫範例</a> |
| 人員異動(加保/退保) | <a href="#">批改申請書(請用印+提供電子檔)</a>                            | <a href="#">人員異動填寫範例</a> |
| 理賠文件        | <a href="#">理賠申請書</a>                                       | -                        |
| 作業手冊        | <a href="#">保險內容及文件填寫-作業手冊</a>                              |                          |



# 聯絡資訊



# 聯絡資訊

投保/加退保文件受理信箱：[skiad5@skinsurance.com.tw](mailto:skiad5@skinsurance.com.tw)

分區聯絡窗口：

北區 宋先生 (02)2507-5335分機68844

中區 吳小姐 (02)2507-5335分機68899

南區 莊先生 (02)2507-5335分機68331

東區(含離島) 徐先生 (02)2507-5335分機68204

# 北區窗口



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

| 北區 |     |                  |
|----|-----|------------------|
| 序號 | 縣市別 | 學校名稱             |
| 1  | 基隆市 | 國立臺灣海洋大學         |
| 2  | 基隆市 | 崇右學校財團法人崇右影藝科技大學 |
| 3  | 基隆市 | 德育學校財團法人德育護理健康學院 |
| 4  | 臺北市 | 國立政治大學           |
| 5  | 臺北市 | 國立臺灣大學           |
| 6  | 臺北市 | 國立臺灣師範大學         |
| 7  | 臺北市 | 國立臺灣科技大學         |
| 8  | 臺北市 | 國立臺北科技大學         |
| 9  | 臺北市 | 國立臺北藝術大學         |
| 10 | 臺北市 | 國立臺北教育大學         |
| 11 | 臺北市 | 國立臺北護理健康大學       |
| 12 | 臺北市 | 國立臺北商業大學         |
| 13 | 臺北市 | 國立臺灣戲曲學院         |
| 14 | 臺北市 | 東吳大學             |
| 15 | 臺北市 | 中國文化大學           |
| 16 | 臺北市 | 世新大學             |
| 17 | 臺北市 | 銘傳大學             |
| 18 | 臺北市 | 實踐大學             |
| 19 | 臺北市 | 大同大學             |
| 20 | 臺北市 | 臺北醫學大學           |
| 21 | 臺北市 | 中國科技大學           |
| 22 | 臺北市 | 德明財經科技大學         |
| 23 | 臺北市 | 中華學校財團法人中華科技大學   |
| 24 | 臺北市 | 城市學校財團法人臺北城市科技大學 |
| 25 | 臺北市 | 康寧學校財團法人康寧大學     |

| 北區 |     |                       |
|----|-----|-----------------------|
| 序號 | 縣市別 | 學校名稱                  |
| 26 | 臺北市 | 馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校    |
| 27 | 臺北市 | 學校財團法人中華浸信會基督教台灣浸會神學院 |
| 28 | 臺北市 | 台神學校財團法人台灣神學研究學院      |
| 29 | 臺北市 | 臺北市立大學                |
| 30 | 新北市 | 國立臺北大學                |
| 31 | 新北市 | 國立臺灣藝術大學              |
| 32 | 新北市 | 國立空中大學                |
| 33 | 新北市 | 輔仁大學學校財團法人輔仁大學        |
| 34 | 新北市 | 淡江大學學校財團法人淡江大學        |
| 35 | 新北市 | 華梵學校財團法人華梵大學          |
| 36 | 新北市 | 真理大學                  |
| 37 | 新北市 | 明志科技大學                |
| 38 | 新北市 | 聖約翰科技大學               |
| 39 | 新北市 | 景文科技大學                |
| 40 | 新北市 | 東南科技大學                |
| 41 | 新北市 | 醒吾學校財團法人醒吾科技大學        |
| 42 | 新北市 | 華夏學校財團法人華夏科技大學        |
| 43 | 新北市 | 致理學校財團法人致理科技大學        |
| 44 | 新北市 | 宏國學校財團法人宏國德霖科技大學      |
| 45 | 新北市 | 台北海洋學校財團法人台北海洋科技大學    |
| 46 | 新北市 | 亞東學校財團法人亞東科技大學        |
| 47 | 新北市 | 馬偕學校財團法人馬偕醫學大學        |
| 48 | 新北市 | 黎明技術學院                |
| 49 | 新北市 | 法鼓學校財團法人法鼓文理學院        |
| 50 | 新北市 | 耕莘健康管理專科學校            |
| 51 | 新北市 | 臺北基督學院                |

# 中區窗口



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

| 中區 |     |                       |
|----|-----|-----------------------|
| 序號 | 縣市別 | 學校名稱                  |
| 1  | 桃園市 | 國立中央大學                |
| 2  | 桃園市 | 國立體育大學                |
| 3  | 桃園市 | 中原大學                  |
| 4  | 桃園市 | 長庚大學                  |
| 5  | 桃園市 | 元智大學                  |
| 6  | 桃園市 | 龍華科技大學                |
| 7  | 桃園市 | 健行學校財團法人健行科技大學        |
| 8  | 桃園市 | 萬能學校財團法人萬能科技大學        |
| 9  | 桃園市 | 開南大學                  |
| 10 | 桃園市 | 長庚學校財團法人長庚科技大學        |
| 11 | 桃園市 | 南亞科技學校財團法人南亞技術學院      |
| 12 | 桃園市 | 新生學校財團法人新生醫護管理專科學校    |
| 13 | 桃園市 | 基督教華神學校財團法人中華福音神學研究學院 |
| 14 | 新竹市 | 國立清華大學                |
| 15 | 新竹市 | 國立陽明交通大學              |
| 16 | 新竹市 | 中華大學學校財團法人中華大學        |
| 17 | 新竹市 | 玄奘大學                  |
| 18 | 新竹市 | 光宇學校財團法人元培醫事科技大學      |
| 19 | 新竹縣 | 明新學校財團法人明新科技大學        |
| 20 | 新竹縣 | 大華學校財團法人敏實科技大學        |
| 21 | 臺中市 | 國立中興大學                |
| 22 | 臺中市 | 國立臺中教育大學              |

| 中區 |     |                |
|----|-----|----------------|
| 序號 | 縣市別 | 學校名稱           |
| 23 | 臺中市 | 國立勤益科技大學       |
| 24 | 臺中市 | 國立臺灣體育運動大學     |
| 25 | 臺中市 | 國立臺中科技大學       |
| 26 | 臺中市 | 東海大學           |
| 27 | 臺中市 | 逢甲大學           |
| 28 | 臺中市 | 靜宜大學           |
| 29 | 臺中市 | 朝陽科技大學         |
| 30 | 臺中市 | 中山醫學大學         |
| 31 | 臺中市 | 弘光科技大學         |
| 32 | 臺中市 | 中國醫藥大學         |
| 33 | 臺中市 | 嶺東科技大學         |
| 34 | 臺中市 | 中臺科技大學         |
| 35 | 臺中市 | 亞洲大學           |
| 36 | 臺中市 | 僑光科技大學         |
| 37 | 臺中市 | 修平學校財團法人修平科技大學 |
| 38 | 苗栗縣 | 國立聯合大學         |
| 39 | 苗栗縣 | 廣亞學校財團法人育達科技大學 |
| 40 | 苗栗縣 | 仁德醫護管理專科學校     |
| 41 | 南投縣 | 國立暨南國際大學       |
| 42 | 南投縣 | 南開科技大學         |
| 43 | 南投縣 | 一貫道崇德學院        |
| 44 | 南投縣 | 唯心聖教學院         |

# 南區窗口



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

| 南區 |     |                    |
|----|-----|--------------------|
| 序號 | 縣市別 | 學校名稱               |
| 1  | 彰化縣 | 國立彰化師範大學           |
| 2  | 彰化縣 | 大葉大學               |
| 3  | 彰化縣 | 建國科技大學             |
| 4  | 雲林縣 | 國立雲林科技大學           |
| 5  | 雲林縣 | 國立虎尾科技大學           |
| 6  | 雲林縣 | 福智學校財團法人福智佛教學院     |
| 7  | 嘉義市 | 國立嘉義大學             |
| 8  | 嘉義縣 | 國立中正大學             |
| 9  | 嘉義縣 | 南華大學               |
| 10 | 嘉義縣 | 吳鳳科技大學             |
| 11 | 嘉義縣 | 崇仁醫護管理專科學校         |
| 12 | 臺南市 | 國立成功大學             |
| 13 | 臺南市 | 國立臺南藝術大學           |
| 14 | 臺南市 | 國立臺南大學             |
| 15 | 臺南市 | 國立臺南護理專科學校         |
| 16 | 臺南市 | 南臺學校財團法人南臺科技大學     |
| 17 | 臺南市 | 崑山科技大學             |
| 18 | 臺南市 | 嘉藥學校財團法人嘉南藥理大學     |
| 19 | 臺南市 | 長榮大學               |
| 20 | 臺南市 | 台南家專學校財團法人台南應用科技大學 |
| 21 | 臺南市 | 中信金學校財團法人中信科技大學    |
| 22 | 臺南市 | 中華醫事科技大學           |

| 南區 |     |                  |
|----|-----|------------------|
| 序號 | 縣市別 | 學校名稱             |
| 23 | 臺南市 | 中信學校財團法人中信金融管理學院 |
| 24 | 臺南市 | 敏惠醫護管理專科學校       |
| 25 | 臺南市 | 台灣基督長老教會南神神學院    |
| 26 | 高雄市 | 國立中山大學           |
| 27 | 高雄市 | 國立高雄師範大學         |
| 28 | 高雄市 | 國立高雄大學           |
| 29 | 高雄市 | 國立高雄餐旅大學         |
| 30 | 高雄市 | 國立高雄科技大學         |
| 31 | 高雄市 | 義守大學             |
| 32 | 高雄市 | 高雄醫學大學           |
| 33 | 高雄市 | 樹德科技大學           |
| 34 | 高雄市 | 輔英科技大學           |
| 35 | 高雄市 | 正修學校財團法人正修科技大學   |
| 36 | 高雄市 | 台鋼學校財團法人台鋼科技大學   |
| 37 | 高雄市 | 文藻學校財團法人文藻外語大學   |
| 38 | 高雄市 | 樹人醫護管理專科學校       |
| 39 | 高雄市 | 育英醫護管理專科學校       |
| 40 | 高雄市 | 高雄市立空中大學         |
| 41 | 屏東縣 | 國立屏東科技大學         |
| 42 | 屏東縣 | 國立屏東大學           |
| 43 | 屏東縣 | 大仁科技大學           |
| 44 | 屏東縣 | 美和學校財團法人美和科技大學   |
| 45 | 屏東縣 | 慈惠醫護管理專科學校       |

# 東區(含離島)窗口



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

| 東區(含離島) |     |              |
|---------|-----|--------------|
| 序號      | 縣市別 | 學校名稱         |
| 1       | 宜蘭縣 | 國立宜蘭大學       |
| 2       | 宜蘭縣 | 佛光大學         |
| 3       | 宜蘭縣 | 聖母醫護管理專科學校   |
| 4       | 花蓮縣 | 國立東華大學       |
| 5       | 花蓮縣 | 慈濟學校財團法人慈濟大學 |
| 6       | 臺東縣 | 國立臺東大學       |
| 7       | 臺東縣 | 國立臺東專科學校     |
| 8       | 澎湖縣 | 國立澎湖科技大學     |
| 9       | 金門縣 | 國立金門大學       |



# 投保文件填寫說明



# 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        | <a href="#">要保文件(請用印)</a><br><a href="#">被保險人名冊(請提供電子檔)</a> | <a href="#">要保文件填寫範例</a> |
| 人員異動(加保/退保) | <a href="#">批改申請書(請用印+提供電子檔)</a>                            | <a href="#">人員異動填寫範例</a> |
| 理賠文件        | <a href="#">理賠申請書</a>                                       | -                        |

## 新光產物團體傷害保險要保書



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

## 實習生保險適用

【重要事項】

115.06.01 新產特發字第 1150000300 號函送保險商品資料集

|         |                                                                                                      |       |                                                          |            |                                                            |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------|
| 保險單號碼   |                                                                                                      | 續保單號碼 |                                                          |            |                                                            |
| 姓名/公司名稱 | 新光產物大學                                                                                               | 身分證號碼 | 12345678                                                 | 出生日期       | 民國 年 月 日                                                   |
| 代表人     | 林小明校長                                                                                                | 性別    | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 國籍/<br>居住地 | <input type="checkbox"/> 本國<br><input type="checkbox"/> 外國 |
| 聯絡地址    | 105 台北市松山區民權東路三段171號4樓                                                                               |       |                                                          |            | 聯絡電話                                                       |
| 關係      | 被保險人之 <input type="checkbox"/> 本人(以下做被保險人資料免填) <input type="checkbox"/> 其他                           |       |                                                          |            |                                                            |
| 被保險人    | 共 5 人(詳做被保險人名冊)<br>是否被保險人目前受有監護宣告? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否, 如為是者, 請提供相關證明文件。 |       |                                                          |            |                                                            |
| 保險期間    | 自民國 115 年 07 月 01 日 二十四時起 至民國 116 年 07 月 01 日 二十四時止                                                  |       |                                                          |            |                                                            |

## 承保內容

| 保障內容     | 意外傷害身故、失能保險金 | 意外傷害事故門診醫療保險金 | 意外傷害事故住院醫療保險金 | 意外傷害事故住院醫療看護保險金 | 備註                                                                       |
|----------|--------------|---------------|---------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 方案 A 工作型 | 200 萬        | 5 萬           | 1,000 元/日     | -               | ※工作型:「意外傷害事故門診醫療保險金」及「意外傷害事故住院醫療保險金」保險期間內合計給付最高 5 萬元。                    |
| 方案 B 一般型 | 400 萬        | 10 萬          | 1,000 元/日     | 1,000 元/日       | ※一般型:「意外傷害事故門診醫療保險金」、「意外傷害事故住院醫療保險金」及「意外傷害事故住院醫療看護保險金」保險期間內合計給付最高 10 萬元。 |

|      |                                                                                                                                               |                              |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 總保險費 | 新台幣 元整。                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 自費件 |
| 特別事項 | ※工作型:「意外傷害事故門診醫療保險金」及「意外傷害事故住院醫療保險金」之意外傷害事故保險期間內最高給付合計總額以 5 萬元為限。<br>※一般型:「意外傷害事故門診醫療保險金」、「意外傷害事故住院醫療保險金」及「意外傷害事故住院醫療看護保險金」保險期間內合計給付最高 10 萬元。 |                              |
| 注意事項 | 請印製投保證明                                                                                                                                       |                              |

## 聲明事項

壹/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、醫療及病歷等個人資料。  
二、本人(被保險人、要保人)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、醫療及病歷等個人資料,並同意、委託保險公司之會員公司查詢本人之健康檢查、醫療及病歷等個人資料,以作為核保及理賠之參考,但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險條款,消費者務必詳加閱讀了解。

※本人(要保人)已收到保險條款樣本或影本,投保前須知悉,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詳見本要保書。

※本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭「傷害保險法」之規定及告知事項,並同意簽名。

※身故保險金受領人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受領人之情形,則以要保人最後所留之聯絡方式,作為日後身故保險金受領人通知依據。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

※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,不得隱匿或作不實說明。

此處請用印

|        |       |
|--------|-------|
| 要保單位簽章 | 負責人簽章 |
|--------|-------|

| 保險代買號 | 招攬人員/登錄字號        | 保險、代公司簽章 | 核保 | 專案代號    |
|-------|------------------|----------|----|---------|
| 收件號:  | 登錄代號: XX864700   |          |    | 991Q752 |
| 單位代號: | 招攬人員簽章:          |          |    | 保單收據    |
| 員工編號: | 登錄字號: F051784377 |          |    | 保單正本 份  |
|       |                  |          |    | 保單副本 份  |
|       |                  |          |    | 收據正本 份  |
|       |                  |          |    | 收據副本 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。

處處新光·讓愛發光

第1頁, 共4頁  
要保書



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

# 投保文件填寫說明



地址：105台北市松山區民權東路三段171號3樓  
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<https://www.skinsurance.com.tw>  
或至本公司總分支機構查詢資訊公開說明文件

## 新光產物團體傷害保險要保書

實習生保險適用

(預覽條碼)

115.06.01 新產精發字第 1150000300 號函送保險商品資料庫

|         |                                                                                                        |  |  |              |                                                          |            |                                                            |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------|----------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------|
| 保險單號碼   |                                                                                                        |  |  | 續保單號碼        |                                                          |            |                                                            |
| 姓名/公司名稱 | 新光產物大學                                                                                                 |  |  | 身份證號<br>統一編號 | 12345678                                                 |            |                                                            |
| 代表人     | (若要保人為自然人身份，此欄位免填)<br>  林小明校長                                                                          |  |  | 性別           | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 國籍/<br>註冊地 | <input type="checkbox"/> 本國<br><input type="checkbox"/> 外國 |
| 聯絡地址    | 105 台北市松山區民權東路三段 171 號 4 樓                                                                             |  |  | 職業/行業        |                                                          |            |                                                            |
| 關係      | 被保險人之 <input type="checkbox"/> 本人(以下被保險人資料免填) <input type="checkbox"/> 其他                              |  |  |              |                                                          |            |                                                            |
| 被保險人    | 共   5   人(詳被保險人名冊)<br>是否被保險人目前受有監護宣告? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否，如勾選是者，請提供相關證明文件。 |  |  |              |                                                          |            |                                                            |
| 保險期間    | 自民國   115   年   07   月   01   日 二十四時起 至民國   116   年   07   月   01   日 二十四時止                            |  |  |              |                                                          |            |                                                            |

請留意要保文件版本

要保單位請填寫完整學校名稱(不含系所名稱)不可縮寫、簡稱，若要備註系所，請以括號方式註明。

### 承保內容

| 保障內容     | 意外傷害事故身故、失能保險金 | 意外傷害事故門診醫療保險金 | 意外傷害事故住院醫療保險金 | 意外傷害事故住院醫療增額保險金 | 備註                                                                       |
|----------|----------------|---------------|---------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 方案 A 工作型 | 200 萬          | 5 萬           | 1,000 元/日     | -               | ※工作型：「意外傷害事故門診醫療保險金」及「意外傷害事故住院醫療保險金」保險期間內合計給付最高 5 萬元。                    |
| 方案 B 一般型 | 400 萬          | 10 萬          | 1,000 元/日     | 1,000 元/日       | ※一般型：「意外傷害事故門診醫療保險金」、「意外傷害事故住院醫療保險金」及「意外傷害事故住院醫療增額保險金」保險期間內合計給付最高 10 萬元。 |

例：新光產物大學(團體保險系)

|      |                                                                                                                                             |     |                              |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------|
| 總保險費 | 新台幣                                                                                                                                         | 元整。 | <input type="checkbox"/> 自費件 |
| 特約事項 | ※工作型：「意外傷害事故門診醫療保險金」及「意外傷害事故住院醫療保險金」之意外傷害事故保險期間內最高給付合計總額以五萬元為限。<br>※一般型：「意外傷害事故門診醫療保險金」、「意外傷害事故住院醫療保險金」及「意外傷害事故住院醫療增額保險金」保險期間內合計給付最高 10 萬元。 |     |                              |
| 注意事項 | 請印製投保證明                                                                                                                                     |     |                              |

若有保險卡需求請註明



# 投保文件填寫說明

## 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载本人資料轉送產、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附屬條款」之內容及規定。

※身故保險金受益人如係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，不實說明或不實說明，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。

**此處請用印**

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：XX664700   |          |    | 991QY52 |   |
| 單位代號：                                                                                                               |  | 招攬人員簽名：         |          |    | 保單收據    |   |
| 員工編號：                                                                                                               |  |                 |          |    | 保單正本    | 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：F051784377 |          |    | 保單副本    | 份 |
|                                                                                                                     |  |                 |          |    | 收據正本    | 份 |
|                                                                                                                     |  |                 |          |    | 收據副本    | 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。

115.06 版

**\*共兩處需要用印**

**\*若有正副本需求請註明份數**

請蓋學校關防章及校長章。(如非經校級單位用印，應符合授權程序)



# 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

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或其法定代理人均已同意投保，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。

此處請用印

要保單位簽章

日期：中華民國 | 115 | 年 | 06 | 月 | 25 | 日

第2頁，共4頁  
保戶權益確認書



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

要保單位(要保人為法人)： \_\_\_\_\_ **新光產物大學** \_\_\_\_\_  
保單號碼：



**要保單位名稱需與要保書名稱一致**

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或其法定代理人均已同意投保，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。



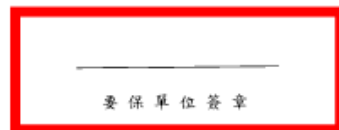
地址：105台北市松山區民權東路三段171號3樓  
電話：(02)2507-5335  
傳真：(02)2507-5335  
要保人可逕逕本公司網站https://www.shinkong.com.tw  
或至本公司總分支機構查詢該公開說明文件

新光產物團體傷害保險要保書

實習生保險適用

|         |                                                                                                               |              |                                                       |                                       |                                                         |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 保險單號碼   |                                                                                                               | 填保單號碼        |                                                       | 115.06.01 新產精發字第 1150000300 號品送保險商品資料 |                                                         |
| 姓名/公司名稱 | 新光產物大學                                                                                                        | 身份證號<br>統一編號 | 12345678                                              | 出生日期                                  | 民國 年 月 日                                                |
| 代表人     | (要保人為自然人時，此欄位必填)<br>林小明校長                                                                                     | 性別           | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 國籍/<br>註冊地                            | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 |
| 聯絡地址    | 105 台北市松山區民權東路三段 171 號 4 樓                                                                                    |              |                                                       | 聯絡電話                                  | (02)1234-5678                                           |
| 關係      | 被保險人之 <input type="checkbox"/> 本人(以下被保險人資料必填) <input type="checkbox"/> 其他                                     |              |                                                       |                                       |                                                         |
| 被保險人    | 共 5 人(詳被保險人名冊)<br>是否被保險人目前受有監護宣告? <input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否，如勾選是者，請提供相關證明文件。 |              |                                                       |                                       |                                                         |
| 保險期間    | 自民國 115 年 07 月 01 日 二十四 時起 至民國 116 年 07 月 01 日 二十四 時止                                                         |              |                                                       |                                       |                                                         |

此處請用印



**此處務必用印**

**請蓋學校關防章及校長章**

(如非經校級單位用印，應符合授權程序)

日期：中華民國 115 年 06 月 25 日



# 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。

\*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)1234-5678 分機 123** ]

傳真號碼： [ ]

電子信箱： **shinkong@skinsurance.com.tw** ]

\*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： **00000123456789** ] (請提供存摺帳號影本)

戶名： **新光產物大學** ]

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)

此處請用印

學校關防章：

校長章：

承辦人章：

中華民國 **115** 年 **06** 月 **25** 日

\*文件請 E-mail 至受理信箱(skia5@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。

第3頁，共4頁  
實習生核對表



# 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並用印。

\*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：00000123456789 (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。

※不可以退款至個人(自然人)帳戶。



# 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)1234-5678 分機 123 |

傳真號碼: | |

電子信箱: | shinkong@skinsurance.com.tw |

紅字部分皆為必填



# 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)

此處請用印

學校關防章：

校長章：

承辦人章：

填寫完成後，共有三處需用印。

請蓋學校關防章及校長章，承辦人亦需蓋章。(如非經校級單位用印，應符合授權程序)



# 投保文件填寫說明

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<br>(民國年月日) | 投保方案                                                                                | 保險費<br>新台幣<br>(元) |
|----|--------|------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1  | 林小明    | A123456789 | 94/01/01        | <input checked="" type="checkbox"/> 工作型(200萬)<br><input type="checkbox"/> 一般型(400萬) |                   |
| 2  | 王小明    | B123456789 | 94/02/01        | <input checked="" type="checkbox"/> 工作型(200萬)<br><input type="checkbox"/> 一般型(400萬) |                   |
| 3  | 吳小明    | C123456789 | 94/03/01        | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬)<br><input checked="" type="checkbox"/> 一般型(400萬) |                   |
| 4  | 李小明    | D123456789 | 94/04/01        | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬)<br><input checked="" type="checkbox"/> 一般型(400萬) |                   |
| 5  | 周小明    | E123456789 | 94/05/01        | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬)<br><input checked="" type="checkbox"/> 一般型(400萬) |                   |

紅字部分必填，投保方案請勾選，生日格式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



# 投保文件填寫說明

## 授權書

第4頁，共4頁  
授權書

立授權書人 \_\_\_\_\_ (校名)

為提高行政效率並落實辦理分層負責，茲授權依「專科以上學校產學合作實施辦法」第6條之1第1項第3款為實習學生投保校外實習團體傷害保險之校內單位，以該單位及單位主管印章，辦理「大專校院校外實習學生團體傷害保險」共同供應契約(招標案號：LP5-115011)所使用要保文件之用印(含訂定契約及契約變更等)，特立本授權書為憑。

此致 新光產物保險股份有限公司

立授權書人 \_\_\_\_\_

學校關防

校長章

學校若有授權辦理分層負責，請提供本文件。

\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日



# 投保文件填寫說明

## 授權書

立授權書人 \_\_\_\_\_ (校名)

為提高行政效率並落實辦理分層負責，茲授權依「專科以上學校產學合作實施辦法」第6條之1第1項第3款為實習學生投保校外實習團體傷害保險之校內單位，以該單位及單位主管印章，辦理「大專校院校外實習學生團體傷害保險」共同供應契約(招標案號：LP5-115011)所使用要保文件之用印(含訂定契約及契約變更等)，特立本授權書為憑。

此致 新光產物保險股份有限公司

此處請填寫完整校名(不含系所)

立授權書人 \_\_\_\_\_

學校關防

校長章

此處請蓋學校關防章(不可蓋系所章)  
並加蓋校長章

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|年\_\_\_\_\_|月\_\_\_\_\_|日



# 投保文件填寫說明

1. 請至官網閱讀公告並下載最新版本文件，勿使用舊版本。
2. 填寫完畢後務必**用印**，未用印者謝絕受理。
3. 將掃描檔及名冊電子檔寄至：[skiad5@skinsurance.com.tw](mailto:skiad5@skinsurance.com.tw)
4. 收到本公司寄發之保單及收據後，將保單號碼統一填寫於要保文件上方空白處(如圖紅框處)，將正本郵寄回**總公司**並註明收件窗口。  
地址：台北市松山區民權東路三段171號4樓  
收件人：核保部(大專實習生保險投保文件)

 新光產物保險  
地址：105台北市松山區民權東路三段171號4樓  
電話：(02)2507-5335  
免付費24小時服務(中國)專線：0800-788-899  
要保人可逕向本公司網站(<https://www.shinkong.com.tw>)  
或至本公司分公司辦理保險業務。

新光產物團體傷害保險要保書

實習生保險適用

(請剪下)



# 加退保文件填寫說明



# 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        | <a href="#">要保文件(請用印)</a><br><a href="#">被保險人名冊(請提供電子檔)</a> | <a href="#">要保文件填寫範例</a> |
| 人員異動(加保/退保) | <a href="#">批改申請書(請用印+提供電子檔)</a>                            | <a href="#">人員異動填寫範例</a> |
| 理賠文件        | <a href="#">理賠申請書</a>                                       | -                        |

# 加退保文件範例



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE



地址：100台北市中山區長安路二段17-1號9樓  
電話：(02)2507-5330  
傳真：(02)2507-5330  
免付費24小時服務專線：0800-788-999  
營業人員請至本公司網站http://www.shinkong.com.tw  
或至本公司各分公司洽詢或索取說明文件

## 團體傷害保險人員異動契約變更申請書(大專實習生保險適用)

|      |                                                                       |                |                  |        |            |                  |                                                                                  |    |
|------|-----------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|--------|------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 保單號碼 | (必填欄位)13- 0015 IBP 0009999                                            |                |                  |        | 要保單位       | 新光產物大學           |                                                                                  |    |
| 保險期間 | 115/07/01(24)-116/07/01(24)                                           |                |                  |        | 批單號碼       |                  |                                                                                  |    |
| 編號   | 加/退                                                                   | 轉入日期<br>(加保填寫) | 喪失學籍日期<br>(退保填寫) | 被保險人姓名 | 身分證字號      | 出生年月日<br>(民國年月日) | 投保方案                                                                             | 備註 |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input checked="" type="checkbox"/> 退保 | 115/09/30      |                  | 趙小明    | F123456789 | 94/06/01         | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input checked="" type="checkbox"/> 退保 | 115/09/30      |                  | 胡小明    | G123456789 | 94/07/01         | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input checked="" type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保 |                | 115/10/01        | 林小明    | A123456789 | 94/01/01         | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input checked="" type="checkbox"/> 一般型(400萬) |    |
|      | <input checked="" type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保 |                | 115/10/01        | 王小明    | B123456789 | 94/02/01         | <input checked="" type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬) |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |

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繳保險費，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)。
3. 由臺南地區所屬學校戶籍者，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. 新光產險：提供本服務，請保戶、本公司提供保費優惠及此加退保批註請保戶於投保時檢附，以資查核。

此處請用印

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

|      |          |                |            |    |
|------|----------|----------------|------------|----|
| 短號代號 | XX664700 | 相攬人員親簽<br>登錄字號 | F051784377 | 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。

契約變更申請書11506版

處處新光，讓愛發光



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

# 加退保文件填寫說明



地址：105台北市松山區復興南路三段111號3樓  
電話：02(2509)4333  
傳真：02(2509)4333  
電子郵件：a@shinkong.com.tw 傳真：0800-789-999  
營業人可透過本公司網站<https://www.shinkong.com.tw>  
營業人可透過本公司網站<https://www.shinkong.com.tw>

## 團體傷害保險人員異動契約變更申請書(大專實習生保險適用)

| 保單號碼 | (必填欄位)13- 0015 IBP 0009999                                            |                |                  | 要保單位   | 新光產物大學     |                  |                                                                                  |    |
|------|-----------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|--------|------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 保險期間 | 115/07/01(24)-116/07/01(24)                                           |                |                  | 批單號碼   |            |                  |                                                                                  |    |
| 編號   | 加/退                                                                   | 轉入日期<br>(加保填寫) | 喪失學籍日期<br>(退保填寫) | 被保險人姓名 | 身分證字號      | 出生年月日<br>(民國年月日) | 投保方案                                                                             | 備註 |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input checked="" type="checkbox"/> 退保 | 115/09/30      |                  | 趙小明    | F123456789 | 94/06/01         | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input checked="" type="checkbox"/> 退保 | 115/09/30      |                  | 胡小明    | G123456789 | 94/07/01         | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input checked="" type="checkbox"/> 退保 |                | 115/10/01        | 林小明    | A123456789 | 94/01/01         | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input checked="" type="checkbox"/> 一般型(400萬) |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input checked="" type="checkbox"/> 退保 |                | 115/10/01        | 王小明    | B123456789 | 94/02/01         | <input checked="" type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬) |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |
|      | <input type="checkbox"/> 加保<br><input type="checkbox"/> 退保            |                |                  |        |            |                  | <input type="checkbox"/> 工作型(200萬) <input type="checkbox"/> 一般型(400萬)            |    |

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. 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、投保方案請務必填寫。
3. 加保人員請填寫於轉入日期欄位，並以加保當月計算應收保險費。
4. 退保人員請填寫於喪失學籍日期欄位，並以喪失學籍日次月計算應退保險費。  
 例如：115年10月01日(24)喪失學籍，退保以115年10月31日(24)起計算。  
 例如：115年08月31日(24)喪失學籍，退保以115年08月31日(24)起計算。

\*投保完成後，本公司會提供保險單，請依保險單所載之保單號碼及要保單位名稱辦理加退保作業。

# 加退保文件填寫說明



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                 |            |                                                                |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|------------|----------------------------------------------------------------|--|
| <p>●退費付款方式如下：<br/> <input type="checkbox"/>匯款：_____銀行／郵局_____分行／支局，帳號：_____戶名：_____（請提供存摺帳號影本）</p>                                                                                                                                                                        |          |                 |            |                                                                |  |
| <p>要保人聲明事項：<br/>         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。<br/>         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。</p>                                                                             |          |                 |            |                                                                |  |
| <p>加退保批註<br/>         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）。<br/>         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）費時一併退付。<br/>         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。<br/>         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。</p> |          |                 |            | <p>收件日期</p>                                                    |  |
| <p>投保學校<br/>用印處</p>                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                 |            | <p>校長(或職務代理人)用印處</p>                                           |  |
| <p>此處請用印</p>                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                 |            | <p>聯絡人簽章處_____</p> <p>聯絡人電話(分機):_____</p> <p>聯絡人電子信箱:_____</p> |  |
| 經辦代號                                                                                                                                                                                                                                                                      | XX664700 | 招攬人員親簽<br>登錄證字號 | F05I784377 | 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。

契約變更申請書11506版

1. 若有退費請提供匯款帳戶及影本。
2. 請蓋學校關防章，且需與投保時蓋的章一致。（如非經校級單位用印，應符合授權程序）
3. 請蓋校長章，且需與投保時蓋的章一致。
4. 聯絡人資訊請填寫。

\*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，需收正本文件  
 受理信箱：[skiad5@skinsurance.com.tw](mailto:skiad5@skinsurance.com.tw)

# 加退保文件填寫說明



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

1. 請至官網閱讀公告並下載最新版本文件，勿使用舊版本。
2. 填寫完畢後務必**用印**，未用印者謝絕受理。
3. 將掃描檔及名冊電子檔寄至：[skiad5@skinsurance.com.tw](mailto:skiad5@skinsurance.com.tw)
4. 收到本公司寄發之批單後，將批單號碼統一填寫於契約變更申請書紅框處(如下圖)，將正本郵寄回**總公司**並註明收件窗口。  
地址：台北市松山區民權東路三段171號4樓  
收件人：核保部(大專實習生保險投保文件)



地址：105台北市松山區民權東路三段171號3樓  
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(<https://www.shinkong.com.tw>)  
或至本公司總分支機構查詢閱覽公開說明文件

## 團體傷害保險人員異動契約變更申請書(大專實習生保險適用)

|      |     |                |                  |        |       |                  |      |    |  |
|------|-----|----------------|------------------|--------|-------|------------------|------|----|--|
| 保單號碼 |     | (必填欄位) 13- IBP |                  |        | 要保單位  |                  |      |    |  |
| 保險期間 |     |                |                  |        | 批單號碼  |                  |      |    |  |
| 編號   | 加/退 | 轉入日期<br>(加保填寫) | 喪失學籍日期<br>(退保填寫) | 被保險人姓名 | 身分證字號 | 出生年月日<br>(民國年月日) | 投保方案 | 備註 |  |



# 理賠流程說明



# 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        | <a href="#">要保文件(請用印)</a><br><a href="#">被保險人名冊(請提供電子檔)</a> | <a href="#">要保文件填寫範例</a> |
| 人員異動(加保/退保) | <a href="#">批改申請書(請用印+提供電子檔)</a>                            | <a href="#">人員異動填寫範例</a> |
| 理賠文件        | <a href="#">理賠申請書</a>                                       | -                        |

☐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

貼畫編號

|      |       |                |  |              |  |
|------|-------|----------------|--|--------------|--|
| 保單號碼 |       | (*)姓名          |  | (*)身分(居留)證字號 |  |
| 出生日期 | 年 月 日 | (*)日前服務單位/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                                            | <input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 失能保險金 <input type="checkbox"/> 意外醫療保險金 <input type="checkbox"/> 健康醫療保險金 <input type="checkbox"/> 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)    |                                                                                                                                                             |         |  |
| <input type="checkbox"/> 由警方處理<br>分局 派出所<br>員警,電話: | 是否投保其他家傷害(健康)保險? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是<br>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「產險業務個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外,就 台灣個人病歷、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 台灣不同意本公司蒐集、處理或利用前述資料,本公司將可能無法提供 台灣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、國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或理賠業務、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**

 (\*)若蒙貴公司核付保險金,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。

且須由另一法定代理人/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)。(此項被保險人為未成年或受有監護宣告者)

\*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      |    |

# 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

(※未成年或受有監護宣告者,法定代理人/監護人欄位請務必填妥。)



| 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<br>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) |
|--------------|--------------|
|              |              |

## 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

## 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) 司法警察機關、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、財資資訊公司、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）：若您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免付費專線0800-789-999。本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。

## 【郵寄申請地址】

|                              |        |                  |
|------------------------------|--------|------------------|
| 台北總公司：105 台北市松山區民權東路三段171號3樓 | 傷健險理賠科 | 電話：(02)2507-5335 |
| 台中分公司：404 台中市北區臺灣大道二段340號12樓 | 台中理賠一科 | 電話：(04)2322-1158 |
| 台南分公司：700 台南市中西區永華路一段32號11樓  | 台南理賠一科 | 電話：(06)227-1313  |
| 高雄分公司：800 高雄市新興區中正三路154號6樓   | 高雄理賠一科 | 電話：(07)238-6006  |

【臨櫃辦理】請於本公司官網 **服務據點** 查詢



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

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台北總公司。**



# 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。



## 分派至國外之實習學生是否可投保？

- 可以，如前往之地區經外交部公佈國外旅遊警示分級表為「紅色警示區」為不保，如有疑慮請洽本公司服務窗口。

# 要如何查詢服務窗口？



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

- 可至官網「大專校院校外實習學生團體保險」專區查詢
- 分區聯絡窗口：

北區 宋先生 (02)2507-5335分機68844

中區 吳小姐 (02)2507-5335分機68899

南區 莊先生 (02)2507-5335分機68331

東區(含離島) 徐先生 (02)2507-5335分機68204



## 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。印鑑人應與要保書一致，不可蓋承辦人章。
- 到期時則固定為24時不可修改。

110.00.10(110)明產保發字第 114 號函送保單同 04 頁附件

|       |         |                                                                                                                                                                      |  |       |                   |
|-------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|-------------------|
| 保險單號碼 |         | 續保單號碼                                                                                                                                                                |  |       |                   |
| 要保人   | 姓名/公司名稱 | 身份證號<br>統一編號                                                                                                                                                         |  | 出生日期  | 民國    年    月    日 |
|       | 代表人     | <small>(若要保人為自然人身份，此欄位免填)</small><br>性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女    國籍/註冊地 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____ |  | 職業/行業 |                   |
|       | 聯絡地址    | □□□-□□                                                                                                                                                               |  | 聯絡電話  |                   |
| 關 係   |         | 被保險人之 <input type="checkbox"/> 本人 <small>(以下被保險人資料免填)</small> <input type="checkbox"/> 其他                                                                            |  |       |                   |
| 被保險人  |         | 共            人(詳被保險人名冊)<br>是否被保險人目前受有監護宣告? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 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？



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

- 若為投保

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及郵寄**正本**至指定地址。

- 若為加保及退保

需於次月10日前將已用印的投保文件寄至指定受理信箱及郵寄**正本**至指定地址。

- 投保文件請寄送至指定信箱

(skiad5@skinsurance.com.tw)，待公司分區承辦人確認收件後，會回覆收訖郵件。



## 要保送件後，多久可以收到 保單(批單)、收據？

- 於要保申請文件(加退保申請文件)「收齊後7至10個工作日」完成保單(批單)、投保證明、收據寄發。
- 如投保人數眾多，提供「名冊電子檔」更能加速保單(批單)製作。



## 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115/08/01，僅接受保險起保日60日以內。  
(115/09/30前生效案件)



## 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。

# 繳費方式為何？



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

- 虛擬帳號：8812+流水碼10碼，共14碼  
(每一筆保批單號對應一組繳費帳號，請分開繳納)
- 超商繳費：  
保費501元~49,999元可使用超商條碼繳費。

| 保險費繳款單                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 郵局專用區(收款專戶戶名：新光產物保險股份有限公司)       | 網路及匯款繳費專區                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 特約繳費機構                                                                                                                                                                                                 |
| 郵政特戶帳號<br><br>郵局條碼專用區<br><br>708 | 繳費單號:9380-<br>金額:NTD708元<br>敬請進入新光產險網站( <a href="https://www.sk858.com.tw/PayRWD/">https://www.sk858.com.tw/PayRWD/</a> )<br>選擇繳費方式：<br>信用卡網路繳費：<br>1. 持台新銀行信用卡者，請點選「台新會員繳費」，進入台新繳費中心進行繳費<br>2. 持非台新銀行信用卡者，請點選「線上繳費」，輸入相關資料查詢後，勾選「信用卡刷卡」<br>全國繳費網e-bill帳戶扣款：<br>請點選「線上繳費」，輸入相關資料查詢後，勾選「晶片金融卡扣款」／「活期性帳戶扣款」 | <br>150220697<br><br>130010<br><br>15022<br>※可至全省7-11、OK、全家、<br>(超商繳款手續費，由本公司                                                                                                                          |
| 認證欄                              | 收訖戳記                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (1) 受託機構僅負責代收保險費，並開保險費。<br>均無權代表本公司表示任何意見或提供保證。<br>(2) 本公司將在繳交日後交還憑據，如在繳交日後(0800-005-368)一、張戶在未到憑據前，請<br>(3) 受託機構不得代收已超過繳費期限之保險費。<br>銀行或電子支付機構等方式自行繳交已超過<br>息還通知通知保戶進行後續處理。<br>(4) 受託機構不得就商品進行解說及受理保戶申 |
|                                  | 收款專戶：台新銀行建北分行(銀行代號812)<br>帳號：8812-<br>或 950000+統一編號 8 碼<br>戶名：新光產物保險股份有限公司<br>金額：NTD708元                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                        |
| 被保險人：<br>保單號碼：13-                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 保費合計：NTD708<br>本保險契約代收機構之收費明                                                                                                                                                                           |

參考樣本

讓愛發光



## 是否可以支票方式繳交保險費？

- 可以，請以正本郵寄方式寄送至新光產物台北總公司  
台北市松山區民權東路三段171號4樓 郭文彥先生收  
需**附上支票簽收表**並註明本次繳費之保險單/批單號碼



## 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。



## 理賠申請期限？

- 由本保險所生的權利，自得為請求之日起，經過2年不行使而消滅。



## 理賠作業需要幾天？

- 本公司收到理賠申請書及應檢附文件備齊後，經審核無誤將於15日內給付。
- 本公司於給付保險金後，將依學校需求提供理賠明細表。學校可向本公司提出申請。



# 感謝聆聽