



新光產物保險

地址：台北市104建國北路一段15號 電話：(02)2507-5335

免費申訴電話：0800-005-588 理賠專線：0800-789-999

要保人可透過本公司網站http://www.skinsurance.com.tw  
或至總公司、分公司及通訊處查閱資訊公開說明文件

### 團體傷害保險 要保書 (里辦範本)

※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。

※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」(92.12.29 財政部台財保字第 0920073327 號函核准(公會版)、96.08.31 依據行政院金融

監督管理委員會 95.09.01 金管保二字第 0950252257 號令修正、99 年 2 月 10 日產健字第 018 號函備查) 條款之內容及規定。

※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領人之通知依據。

99.02.12(99)新產精發字第 171 號備查

104.08.03 依據金融監督管理委員會 104.05.15 金管保壽字第 10402041970 號函修訂

保險單號碼 (由新光產物人員填寫)	第	號本單係	號續保	申請日期	106.04.25
要保單位	臺南市 00 區公所(00 里辦公處)			統一編號	
通訊地址	臺南市 00 區 00 里 00 路 00 號			營業性質	公家機關
被保險人	共 00 人 (詳被保險人名冊)			電話	
保險期間	自民國 106 年 4 月 26 日午夜 12 時起 至 民國 107 年 4 月 26 日午夜 12 時止				

保障內容		保險金額	備註
主約	意外身故及殘廢保險金	100 萬	
附加條款	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(實支實付型)	2 萬	
	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(日額型)		每次傷害給付最高 90 日
	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(加護病房額外給付)		每次傷害給付最高 7 日
	<input type="checkbox"/> 其他附加條款：_____		
	<input type="checkbox"/> 其他附加條款：_____		

總保險費 新台幣 元整。(每人 60 元)

特約事項

注意事項 本要保書需由被保險人親自填寫簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過。

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

新光產物保險股份有限公司

區長 (大印) [Signature] [Stamp] 區長 (小章) [Signature] [Stamp]

要保單位簽章 負責人簽章

保經代業務人員/登錄字號	保經代簽署	經辦人員/登錄字號	核保	科長	經副理	專案代號
收件號：		經辦代號： X0970000				IGP
單位代號：		簽名：				1.保單正本 份 2.保單副本 份 3.收據正本 份 4.收據副本 份
簽名：		登錄字號： R13E518963	初核：			



新光產物保險

地址：台北市104建國北路一段15號 電話：(02)2507-5335

免費申訴電話：0800-005-588 理賠專線：0800-789-999

要保人可透過本公司網站http://www.skinsurance.com.tw  
或至總公司、分公司及通訊處查閱資訊公開說明文件

### 團體傷害保險 要保書 (協會範本)

※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。

※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」(92.12.29 財政部台財保字第 0920073327 號函核准(公會版)、96.08.31 依據行政院金融監督管理委員會 95.09.01 金管保二字第 09502522257 號令修正、99 年 2 月 10 日產健字第 018 號函備查)條款之內容及規定。

※身故保險金受領人如係分別之指定及如有要保人不同意填寫受領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領人之通知依據。

99.02.12(99)新產精發字第 171 號備查

104.08.03 依據金融監督管理委員會 104.05.15 金管保壽字第 10402041970 號函修訂

保險單號碼 (由新光產物人員填寫)	第	號本單係	號續保	申請日期	106.04.25
要保單位	臺南市 00 區 00 社區發展協會			統一編號	
通訊地址	臺南市 00 區 00 里 00 路 00 號			營業性質	公家機關
被保險人	共 00 人 (詳被保險人名冊)			電話	
保險期間	自民國 106 年 4 月 26 日午夜 12 時起 至 民國 107 年 4 月 26 日午夜 12 時止				

保障內容		保險金額	備註
主約	意外身故及殘廢保險金	100 萬	
附加條款	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(實支實付型)	2 萬	
	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(日額型)		每次傷害給付最高 90 日
	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(加護病房額外給付)		每次傷害給付最高 7 日
	<input type="checkbox"/> 其他附加條款：_____		
	<input type="checkbox"/> 其他附加條款：_____		
	<input type="checkbox"/> 其他附加條款：_____		

總保險費 新台幣 元整。(每人60元)

特約事項

注意事項 本要保書需由被保險人親自填寫簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過。

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

新光產物保險股份有限公司

協理 (大印)

負責人 (私章)

√要保單位簽章 負責人簽章

保經代業務人員/登錄字號	保經代簽署	經辦人員/登錄字號	核保	科長	經副理	專案代號
收件號：		經辦代號： X0970000				IGP
單位代號：		簽名：				1.保單正本 份
簽名：						2.保單副本 份
登錄字號：		登錄字號： R13E518963	初核：			3.收據正本 份
						4.收據副本 份

104.07 製

# 臺南市社區照顧關懷據點志工意外事故保險名冊(範例)

投保單位: 例:臺南市00區公所(00里辦公處)/臺南市00區00社區發展協會

聯絡人: \_\_\_\_\_ 連絡電話/手機: \_\_\_\_\_

投保單位地址: \_\_\_\_\_

MIHC:  
 例:臺南市00區公所(00里辦公處)/  
 臺南市00區00社區發展協會/  
 社團法人00區00協會

投保單位統編: \_\_\_\_\_

編號	志工姓名	身分證字號	出生年月日	志工工作內容	是否領取 志願服務記錄冊
1	MIHC: 請確實填寫姓名 (依身分證之姓名)	MIHC: 格式範例: R123456789	MIHC: 格式請依: 33.11.01	MIHC: 如關懷訪視、 電話問安	
2					
3					
4					
5					
6					MIHC: 請確實調查預加保志工 有手冊-->填"是" 沒手冊-->填"否"
7					
8					
9	單位印信 (大印)				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					