

『大專校院獎助生團體保險』 115年度作業手冊

履約期間：**115年01月01日-115年12月31日**

招標案號：LP5-114049

簡報大綱



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

- 保障計劃說明
- 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

保障計劃說明



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

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：

於各級公私立大專校院擔任獎助生(研究獎助生及附服務負擔助學生)，並記載於要保單位要保時所檢附之被保險人名冊內者。

履約期間：

自115年01月01日00時 至 115年12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個月以下不足1個月，以1個月保費計算

★ 逾1個月不足2個月，以2個月保費計算；以此類推。

投保人數：

每張保單最低投保人數為5人。

(一律採記名入單，如需印製投保證明，請於要保書上載明。)



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	100萬元
B	意外失能	依失能等級給付5萬 ~ 100萬元
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		



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。



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%



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」。



保障計劃說明

保險費：

投保月數	保險費
12個月	115
11個月	109
10個月	104
9個月	98
8個月	92
7個月	86
6個月	75
5個月	63
4個月	52
3個月	40
2個月	29
1個月	17

單位：新臺幣



投保及加退保流程



投保及加退保流程

1. 找到新光產物官網，新光幫我保為網路投保專區

Google 新光產物

搜尋結果 · 10491 臺北市中山區 · 選擇地區


 新光產物
<https://www.skinsurance.com.tw/ski>


 新光幫我保
<https://www.sk858.com.tw>

新光幫我保 | 汽車強制險省330元、機車強制加任意險送道路 ...
 新光產險網路投保汽車險折330元、機車險強制最高折215元(加保任意險送道路救援)、國外旅平險+不便險、班機延誤或行李延誤、每日1元個人責任險，網投專線(02)2517-5725。

[汽車保險](#)
[機車保險](#)
[強制汽車責任保險電子式保險證](#)
[會員登入](#)

地點


新光產物保險
 保險公司

新光產物保險，台灣產物保險公司，於1963年由新光集團主要創辦人吳火獅先生創立，後由其二子吳東賢家族主導經營。需注意的是，新光集團旗下擁有眾多金融事業，但非所有金融業公司都隸屬於台新新光金控，如新光產險及新光證券雖名為新光，僅屬於集團成員但非金控成員。

資料來源：維基百科

總部：臺北臺北市
 員工人數：1500人
 創立於：1963年4月26日
 公司類型：上市公司



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

投保及加退保流程

從新光幫我保專區連結回官網可點選此處



線上投保 ▾ 商品介紹 ▾ 樂遊卡專區 公告中心 ▾ 支援中心 ▾ 保戶中心 ▾ **關於新光產物**



期間限定

新光旅遊險

即日起至115.02.28

班機延誤	旅程更改	個人責任
保期內最高 3.2 → 4 萬	保期內最高 6 → 8 萬	保險金最高 20 → 50 萬

更多方案詳情詳見新光幫我保官網





投保及加退保流程

2. 進入新光產物官網，首頁上方點選商品櫥窗，選擇團體傷害險

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE

網路投保

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

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

保障大升級!! 稱霸業界!!
新光國外旅遊綜合
出遊保新光·一路都順暢
保額大升級至**100萬**
海外突發疾病含傳染病
*申根頂級方案海外突發疾病最高賠付**150萬**

旅程更改保險金最高**6萬**
班機延誤保期內最高**3.2萬**
班機改降保險金最高**6千**

全球海外急難救助
最高**5萬美金**保障
*詳細規範依保單條款為準

人力資源招募中

便利服務



繳費方式



表單下載



服務據點





投保及加退保流程

3.找到「115年大專校院獎助生團體保險」專區

新光產物保險 SHINKONG INSURANCE 網路投保

[金融友善專區](#)
[公司資訊](#)
[商品櫥窗](#)
[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114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	



投保及加退保流程

4.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	團體傷害險 大專校院獎助生團體保險
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	

※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(skiad6@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。



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: skiad6@skinsurance.com.tw(隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明)



聯絡資訊



聯絡資訊

投保/加退保文件受理信箱：skiad6@skinsurance.com.tw

分區聯絡窗口：

第一區 宋先生 (02)2507-5335分機68844

第二區 吳小姐 (02)2507-5335分機68899

第一區分區窗口



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

代碼	學校名稱	公/私立	號碼	縣市
1R02	基督教台灣浸會神學院	私立	[30]	臺北市
1R05	台灣神學研究學院	私立	[30]	臺北市
1028	臺北醫學大學	私立	[32]	臺北市
0003	國立臺灣大學	公立	[33]	臺北市
0004	國立臺灣師範大學	公立	[33]	臺北市
0022	國立臺灣科技大學	公立	[33]	臺北市
0025	國立臺北科技大學	公立	[33]	臺北市
0037	國立臺北教育大學	公立	[33]	臺北市
1017	實踐大學	私立	[34]	臺北市
1022	大同大學	私立	[34]	臺北市
0051	國立臺北商業大學	公立	[35]	臺北市
3002	臺北市立大學	公立	[35]	臺北市
0001	國立政治大學	公立	[38]	臺北市
1015	世新大學	私立	[38]	臺北市
1046	中國科技大學	私立	[38]	臺北市
1061	中華科技大學	私立	[39]	臺北市
0144	國立臺灣戲曲學院	公立	[40]	臺北市
1057	德明財經科技大學	私立	[40]	臺北市
1079	康寧大學	私立	[40]	臺北市
1003	東吳大學	私立	[41]	臺北市
1006	中國文化大學	私立	[41]	臺北市
1016	銘傳大學	私立	[41]	臺北市
0028	國立臺北藝術大學	公立	[42]	臺北市
0046	國立臺北護理健康大學	公立	[42]	臺北市
1071	臺北城市科技大學	私立	[42]	臺北市
1282	馬偕醫護管理專科學校	私立	[42]	臺北市
0008	國立中央大學	公立	[03]	桃園市
0044	國立體育大學	公立	[03]	桃園市
1004	中原大學	私立	[03]	桃園市
1009	長庚大學	私立	[03]	桃園市
1010	元智大學	私立	[03]	桃園市
1030	龍華科技大學	私立	[03]	桃園市
1036	健行科技大學	私立	[03]	桃園市
1038	萬能科技大學	私立	[03]	桃園市
1049	開南大學	私立	[03]	桃園市
1070	長庚科技大學	私立	[03]	桃園市
1168	南亞技術學院	私立	[03]	桃園市
1292	新生醫護管理專科學校	私立	[03]	桃園市
1R08	中華福音神學研究學院	私立	[03]	桃園市

代碼	學校名稱	公/私立	號碼	縣市
0017	國立臺北大學	公立	[01]	新北市
0029	國立臺灣藝術大學	公立	[01]	新北市
1002	輔仁大學	私立	[01]	新北市
1005	淡江大學	私立	[01]	新北市
1013	華梵大學	私立	[01]	新北市
1021	真理大學	私立	[01]	新北市
1041	明志科技大學	私立	[01]	新北市
1044	聖約翰科技大學	私立	[01]	新北市
1054	景文科技大學	私立	[01]	新北市
1056	東南科技大學	私立	[01]	新北市
1073	醒吾科技大學	私立	[01]	新北市
1076	華夏科技大學	私立	[01]	新北市
1078	致理科技大學	私立	[01]	新北市
1080	宏國德霖科技大學	私立	[01]	新北市
1083	台北海洋科技大學	私立	[01]	新北市
1084	亞東科技大學	私立	[01]	新北市
1183	黎明技術學院	私立	[01]	新北市
1085	馬偕醫學大學	私立	[01]	新北市
1196	法鼓文理學院	私立	[01]	新北市
1286	耕莘健康管理專科學校	私立	[01]	新北市
1R03	臺北基督學院	私立	[01]	新北市
0012	國立臺灣海洋大學	公立	[17]	基隆市
1082	榮右影藝科技大學	私立	[17]	基隆市
1185	德育護理健康學院	私立	[17]	基隆市
1032	明新科技大學	私立	[04]	新竹縣
1072	敏實科技大學	私立	[04]	新竹縣
0002	國立清華大學	公立	[18]	新竹市
0007	國立陽明交通大學	公立	[18]	新竹市
1011	中華大學	私立	[18]	新竹市
1039	玄奘大學	私立	[18]	新竹市
1053	元培醫事科技大學	私立	[18]	新竹市
0031	國立宜蘭大學	公立	[02]	宜蘭縣
1050	佛光大學	私立	[02]	宜蘭縣
1291	聖母醫護管理專科學校	私立	[02]	宜蘭縣

第二區分區窗口



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

代碼	學校名稱	公/私立	號碼	縣市
0035	國立臺南藝術大學	公立	[11]	臺南市
1023	南臺科技大學	私立	[11]	臺南市
1024	崑山科技大學	私立	[11]	臺南市
1025	嘉南藥理大學	私立	[11]	臺南市
1033	長榮大學	私立	[11]	臺南市
1051	台南應用科技大學	私立	[11]	臺南市
1052	中信科技大學	私立	[11]	臺南市
1055	中華醫事科技大學	私立	[11]	臺南市
1287	敏惠醫護管理專科學校	私立	[11]	臺南市
1014	義守大學	私立	[12]	高雄市
1026	樹德科技大學	私立	[12]	高雄市
1031	輔英科技大學	私立	[12]	高雄市
1037	正修科技大學	私立	[12]	高雄市
1042	台鋼科技大學	私立	[12]	高雄市
1284	樹人醫護管理專科學校	私立	[12]	高雄市
0024	國立屏東科技大學	公立	[13]	屏東縣
0052	國立屏東大學	公立	[13]	屏東縣
1043	大仁科技大學	私立	[13]	屏東縣
1064	美和科技大學	私立	[13]	屏東縣
1285	慈惠醫護管理專科學校	私立	[13]	屏東縣
0030	國立臺東大學	公立	[14]	臺東縣
0222	國立臺東專科學校	公立	[14]	臺東縣
0042	國立澎湖科技大學	公立	[16]	澎湖縣
0005	國立成功大學	公立	[21]	臺南市
0036	國立臺南大學	公立	[21]	臺南市
0221	國立臺南護理專科學校	公立	[21]	臺南市
1125	中信金融管理學院	私立	[21]	臺南市
1R07	台灣基督長老教會南神學院	私立	[21]	臺南市
0009	國立中山大學	公立	[52]	高雄市
0019	國立高雄大學	公立	[54]	高雄市
0053	國立高雄科技大學	公立	[55]	高雄市
1019	高雄醫學大學	私立	[55]	高雄市
1075	文藻外語大學	私立	[55]	高雄市
1289	育英醫護管理專科學校	私立	[55]	高雄市
0014	國立高雄師範大學	公立	[58]	高雄市
0047	國立高雄餐旅大學	公立	[61]	高雄市

代碼	學校名稱	公/私立	號碼	縣市
0020	國立東華大學	公立	[15]	花蓮縣
1027	慈濟大學	私立	[15]	花蓮縣
0048	國立金門大學	公立	[71]	金門縣
0021	國立暨南國際大學	公立	[08]	南投縣
1060	南開科技大學	私立	[08]	南投縣
1R09	唯心聖教學院	私立	[08]	南投縣
0032	國立聯合大學	公立	[05]	苗栗縣
1063	育達科技大學	私立	[05]	苗栗縣
1283	仁德醫護管理專科學校	私立	[05]	苗栗縣
0023	國立雲林科技大學	公立	[09]	雲林縣
0033	國立虎尾科技大學	公立	[09]	雲林縣
1R10	福智佛教學院	私立	[09]	雲林縣
0018	國立嘉義大學	公立	[20]	嘉義市
0013	國立中正大學	公立	[10]	嘉義縣
1020	中華大學	私立	[10]	嘉義縣
1065	吳鳳科技大學	私立	[10]	嘉義縣
1293	崇仁醫護管理專科學校	私立	[10]	嘉義縣
0015	國立彰化師範大學	公立	[07]	彰化縣
1012	大葉大學	私立	[07]	彰化縣
1040	建國科技大學	私立	[07]	彰化縣
0043	國立勤益科技大學	公立	[06]	臺中市
1008	靜宜大學	私立	[06]	臺中市
1018	朝陽科技大學	私立	[06]	臺中市
1034	弘光科技大學	私立	[06]	臺中市
1048	亞洲大學	私立	[06]	臺中市
1069	修平科技大學	私立	[06]	臺中市
0006	國立中興大學	公立	[19]	臺中市
0039	國立臺中教育大學	公立	[19]	臺中市
0049	國立臺灣體育運動大學	公立	[19]	臺中市
0050	國立臺中科技大學	公立	[19]	臺中市
1001	東海大學	私立	[19]	臺中市
1007	逢甲大學	私立	[19]	臺中市
1029	中山醫學大學	私立	[19]	臺中市
1035	中國醫藥大學	私立	[19]	臺中市
1045	嶺東科技大學	私立	[19]	臺中市
1047	中臺科技大學	私立	[19]	臺中市
1062	僑光科技大學	私立	[19]	臺中市



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	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	-

第1頁，共3頁 要保書

要保書範本

要保文件共有3頁

(明證聲明)	
--------	--

113.08.16(113)新產傷登字第 442 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 統一編號	12345678		
代表人	林小明校長			出生日期	民國	年	月
聯絡地址	11111 台北市中山區建國北路二段15號			職業/行業			
聯絡電話	(02)2507-5335			關係/關係			
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) 是否被保險人日前受有監護宣告? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 如勾選是者, 請提供相關證明文件。						
保險期間	自民國 115 年 01 月 01 日 二十四時起 至民國 115 年 12 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	100 萬	
意外傷害事故門診醫療保險金	5 萬	保險期間內給付合計最高 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。	<input type="checkbox"/> 自費件
特別事項	請印製投保證明		
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、醫療及歧異個人資料。

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，不得僅以相關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」附加條款。

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。

※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，不為虛偽之聲明。

，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。

務必要蓋章

要保人簽章 _____ 負責人簽章 _____

保單代資訊	核保人員/登錄字號	核保、代辦所簽章	核保	專案代辦
收件號：	核辦代號：			0910749
單位代號：	核保人員簽名：			保單收據
員工編號：	登錄字號：			保單正本 1 份
				保單副本 1 份
				收據正本 1 份
				收據副本 1 份

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

113.08 版



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：0800-739-999
 要保人可透過本公司網站(<http://www.wakinsurance.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

(請剪下)

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			
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	(請將要保人姓名與人身資、向關係函稱) 林小明校長		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
聯絡地址	□□-□□ 台北市中山區建國北路二段15號		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) 是否被保險人日前受有監護宣告? <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 01 月 01 日 二十四時起 至民國 115 年 12 月 31 日 二十四時止					

紅色文字部分皆為必填

若有投保證明需求請註明

承保內容

保障內容	保險金額	
意外身故、失能保險金	100 萬	保險期間內給付合計最高 5 萬元
意外傷害事故門診醫療保險金	5 萬	
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。	<input type="checkbox"/> 自費件
特別事項	請印製投保證明		
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。		



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「傷害保險恐嚇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地址。
 ※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，不為虛偽之聲明，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。

務必要蓋章

要保單位簽章 _____ 負責人簽章 _____

保險代資訊	經辦人員/登錄字號	保單、代辦公司簽章	繳保	專案代號
收件號：	經辦代號：			0910249
單位代號：	招攬人員簽名：			保單收據
員工編號：	登錄字號：			保單正本 1 份 保單副本 1 份 收據正本 1 份 收據副本 1 份
<small>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。</small>				

*文件請 E-mail 至受理信箱(skiad6@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。

113.06 頁

*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



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：



第2頁，共3頁 保戶權益確認書

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。

要保單位名稱需與要保書名稱一致

務必要蓋章

要保單位簽章



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

日期：中華民國 114 年 12 月 15 日



投保文件填寫說明

獎助生核對表

本單位計有附件名冊獎助學生共 5 人，參加本大專校院獎助生團體保險，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)
- 獎助生核對表(需用印)
- 獎助生名冊(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 12 月 15 日

*文件請 E-mail 至受理信箱(skiad6@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 獎助生核對表



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)
- 獎助生核對表(需用印)
- 獎助生名冊(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。



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)

務必要蓋章

中華民國 114 年 12 月 15 日

*文件請 E-mail 至受理信箱(skiad6@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。

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。

大專校院獎助生團體保險被保險人名冊


 新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

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	

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



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	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(中文)專線：0800-789-999
請保人可造訪本公司網站http://www.skinsurance.com.tw
或至本公司總分支機構查詢資訊公開說明文件

大專校院獎助生團體傷害保險 契約變更申請書

保單號碼		(必填欄位)13- 0015 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	115/02/01		趙小明	F123456789	94/06/01	大專校院獎助生	
	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	115/02/15		胡小明	G123456789	94/07/01	大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input checked="" type="checkbox"/> 退保		115/01/31	林小明	A123456789	94/01/01	大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input checked="" type="checkbox"/> 退保		115/02/01	王小明	B123456789	94/02/01	大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	
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: <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)								
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、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 登錄字號		核保				

*文件請E-mail至受理信箱(skiad6@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件, 務必保留以茲證明。



加退保文件填寫說明



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

大專校院獎助生團體傷害保險 契約變更申請書

保單號碼		(必填欄位)13- 0015 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	115/02/01		趙小明	F123456789	94/06/01	大專校院獎助生	
	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	115/02/15		胡小明	G123456789	94/07/01	大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input checked="" type="checkbox"/> 退保		115/01/31	林小明	A123456789	94/01/01	大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input checked="" type="checkbox"/> 退保		115/02/01	王小明	B123456789	94/02/01	大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院獎助生	

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)

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

<p>●退費付款方式如下： <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) (1)</p>					
<p>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。</p>					
<p>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. 由臺灣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. 所有申請加保於未保單之被保險人，本公司將於投保內容及其他相關事項進行核實核保保留承接與否之決定權。</p>					<p>收件日期</p>
<p>投保學校 用印處</p>	<p>(2) 務必要蓋章</p>		<p>校長(或職務代理人)用印處</p>	<p>(3) 務必要蓋章</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: _____ (4)</p>
<p>經辦人</p>		<p>招攬人員親簽 登錄證字號</p>		<p>核保</p>	

*文件請E-mail至受理信箱(skiad6@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。

1. 若有退保需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，但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！**

受理信箱：skiad6@skinsurance.com.tw



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	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 傷害健康保險金申請書

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

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	(*)日前服務單位/工作內容	

事故/疾病發生概述(限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 分局 _____ 派出所 _____ 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 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

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。)



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)

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) 司法警憲機關、委託協助處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 】

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。



Q & A



陸生或外籍學生是否可投保？

- 於各級公私立大專校院擔任獎助生(研究獎助生及附服務負擔助學生) 者可承保，但需檢附居留證號。



若投保人數不足五人 能不能以加費方式納入本次保險？

- 目前本公司沒有符合獎助生保險規格之個人傷害保險商品，建議另尋等同規格同業保險商品。



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。



要如何查詢服務窗口？

- 可至官網「大專校院獎助學生團體保險」專區查詢服務人員資訊。
- 若有其他問題亦可來電詢問
(02)2507-5335#68844 宋先生
(02)2507-5335#68899 吳小姐



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。

110.00.10(10)例及傳單十第 774 號財保部保單四頁行序

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	<small>(若要保人為自然人身份，此欄位免填)</small> 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 <small>(詳被保險人名冊)</small> 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？

- **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。
- **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。



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個工作日」完成保單(批單)、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115/01/01，僅接受保險起保日60日以內。
(保期為115/03/02以前生效的案件)



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：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。

保 險 費 繳 款 單

郵局專用區(收款專戶名:新光產物保險股份有限公司)	網路及匯款繳費專區	特約繳費機構專用區
郵政特戶帳號  郵局條碼專用區  	繳費單號: 金額:NTD5,424元 ※請進入新光產險網站(https://www.sk858.com.tw/PayRWD/) 選擇繳費方式: 信用卡網路繳費: 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 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」 全國繳費網c-bill帳戶扣款: 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」	   ※可至全省7-11、OK、全家、萊爾富繳款 (超商繳款手續費,由本公司負擔)
認證欄 收訖戳記 	(ATM繳費上限為200萬元) 收款專戶:台新銀行建北分行(銀行代號812) 帳號: 950000+統一編號8碼 戶名:新光產物保險股份有限公司 金額:NTD5,424元	(1) 受託機構僅負責代收保險費、首期保險費、續期保險費、續保保險費、任何其他相關事宜,均無權代表本公司表示任何意見或提供任何資訊,如有需要請直接洽本公司。 (2) 本公司將在繳交日後寄送憑據,如在繳交日後仍未收到憑據,請即向本公司客服中心洽詢(0800-005-888)。保戶在未收到憑據前,請保留繳費收據。 (3) 受託機構不得代收已超過繳費期限之保險費;如保戶以金融機構憑據、自動贖員機、網路銀行或電子支付機構等方式自行繳交已超過繳費期限之保費者,本公司將於知悉後即時無息退還或通知保戶進行後續處理。 (4) 受託機構不得就商品進行解說及受理保戶申訴或保險契約變更事項。
被保險人:詳如名冊,等12人 保單號碼:130014IBP00	保費合計:NTD5,424	本保險契約代收機構之收費期限為民國114年09月30日

參考樣本



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。



感謝聆聽