新光產物保險
地址：104台北市建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335
免付費24小時服務(申訴)專線：0800-789-999
要保人可透過本公司網站http://www.skinsurance.com.tw
或至本

新光產物團體傷害保險要保書

請填寫貴單位/機關名稱、統編及相關資訊
(紅字部分皆為必填)

(預留條碼)

112.12.22(112)新產傷發字第 1031 號函送保險商品資料庫

保險單號碼			續保單號碼				
要保人	姓名/公司名稱	新光產物保險股份有限公司	統一編號	03458403		出生日期	民國 年 月 日
	代表人	(若要保人為自然人身份，此欄位免填) 吳昕紘	性別	□男 □女	國籍/註冊地 □本國 □外國	職業/行業	
	聯絡地址	□□□-□□ 臺北市中山區建國北路二段 15 號				聯絡電話	(02)1234-5678
關 係		被保險人之 □本人(以下被保險人資料免填) ■其他					
被保險人		共 2 人(詳被保險人名冊)					
保險期間		自民國 113 年 01 月 01 日 零 時起 至民國 113 年 12 月 31 日 二十四 時止					

承保內容

每個月最後一日前Email至指定信箱可受理次月1日起投保保單。
若填寫日期早於信箱收件日，則一律修改為次月1日0時起生效。

主約承保範圍	意外身故、失能	
附加條款承保範圍	■傷害醫療保險給付(實支實付型)	3 萬元
	■一般病房住院日額保險金(每次給付最高 90 日)	1,000 元
	□加護病房住院日額保險金(每次額外給付最高 7 日)	
	■其他附加條款：426W 工作時段附加條款	
	□其他附加條款：_____	
	□其他附加條款：_____	
	□其他附加條款：_____	

總保險費	此欄位由新光產險人員填寫，新台幣 元整。
特約事項	
注意事項	「增額保險金」最高給付限額：同時符合兩項或兩項以上不同特定事故時，本公司僅依較高金額之該項保險金給付。

聲明事項

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

此致 新光產物股份有限公司

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

要保單位簽章 _____ 負責人簽章 _____

保經代資訊	業務人員/登錄字號	保經代簽署	核保	專案代號
收件號：	經辦代號：			99IQY40
單位代號：	業務員簽名：			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：			保單副本 份 收據正本 份 收據副本 份

下方請加入社工信箱文件請 E-mail 至受理信箱(skiad5@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件，務必保留以茲證明。

新光產物保險股份有限公司

團體保險保戶權益確認書

要保單位(要保人為法人)： _____ 新光產物保險股份有限公司 _____

保單號碼：

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

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

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

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

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

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

此處請用印

_____

要 保 單 位 簽 章

日期：中華民國 113 年 01 月 01 日

113年度全

請填寫貴單位/機關名稱、統編及相關資訊
(紅字部分皆為必填)

一. 基本資料

單位名稱	新光產物保險股份有限公司	統一編號	03458403
地址	臺北市中山區建國北路二段15號	電話	(02)1234-5678
聯絡窗口	王小明	電子信箱	SHINKONG@skinsurance.com.tw

二. 投保名冊

編號	被保險人姓名	身分證號碼	出生日期	工作內容	身故保險金受益人(未指定皆為法定繼承人)	
					姓名	關係
1	陳小明	A123456789	80.01.01	社工師	廖小美	母子
2	林小明	B123456789	70.01.01	約聘社工員	李小美	夫妻
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

請確認被保險人基本資料是否正確
工作內容處請填寫職稱

*送件時請一併提供被保險人名冊電子檔

此處請用印

※欄位可自行擴增

※確認無誤後請於右方簽章處用印確認

要保單位用印:

公費投保、加保皆需提供每一名被保人補助截圖

1、點擊「意外傷害保險」頁籤後，點擊「新增」按鈕。

2、填寫資料欄位，完成後點選「新增」按鈕。

需確認年份是否與投保年度相符

補助額度(保險費)需與投保保期對應保費相同
例:投保8個月則需鍵入796元