

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)制產傷發字第1031號函送保險商品資料庫

保險單號碼		續保單號碼			
姓名/公司名稱	新光產物保險股份有限公司		統一編號	03458403	
代表人	吳昕紘		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍/註冊地
聯絡地址	臺北市中山區建國北路二段15號			<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	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 checked="" type="checkbox"/> 其他				
被保險人	共 5 人(詳被保險人名冊)				
保險期間	自民國 113 年 01 月 01 日 二十四時起, 右列保期項目請擇一勾選 <input type="checkbox"/> 一個月 <input type="checkbox"/> 三個月 <input type="checkbox"/> 六個月 <input checked="" type="checkbox"/> 一年				

承保內容

保期最早可自Email至本公司指定信箱, 並完成收件之日起24時生效
若填寫日期早於信箱收件日, 則一律修改為信箱收件之日之24時起生效

主約承保範圍	意外身故、失能保險	詳被保險人名冊
附加條款承保範圍	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(實支實付型)	詳被保險人名冊
	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(日額型)(每次給付最高90日)	詳被保險人名冊
	<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: _____	
	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 自費件
特約事項		
注意事項		

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。

此處請用印

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:			991QY3()
單位代號:	業務員簽名:			保單收據
員工編號:	登錄字號:			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。				保單副本 份
				收據正本 份
				收據副本 份

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：

此處請填寫與要保書之單位/機關名稱一致

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

志工核對表

本單位計有附件名冊志工共 **5** 人，參加本志工意外團體保險，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)
- 志工核對表(需用印)
- 存摺帳戶影本
- 志工名冊(電子檔即可)

請確認應備文件是否皆檢附
被保險人名冊請提供電子檔

*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**

戶 名：**新光產物保險股份有限公司**

需填寫貴單位/機關之指定帳戶

如無退費之需求請於空白處註明，此欄可不填寫

(請提供存摺帳號影本)

*以下承辦窗口欄位皆為必填

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)

承辦人隸屬處室(所)：**新光產物保險股份有限公司-志工承辦系(所)**

承 辦 人 姓 名：**王小明**

承辦人電話(分機)：**(02)1234-5678 分機 1234**

承辦人電子信箱：**SHINKONG@skinsurance.com.tw**

此處請用印(共3處)

承辦窗口通訊資料皆為必填

要保單位(機關名稱)： (用印)

機關首長/負責人： (簽章)

承 辦 人： (簽章)

中華民國 **113** 年 **01** 月 **01** 日

志 此欄請填寫每名志工服勤工作內容
勿僅填寫"志工"或"交辦事項"

編號	被保險人姓名	身分證號碼	出生日期 (民國年月日)	志工服務內容	職業類別 (職業類別由新光產 物人員填寫)	投保 組別/項次	保險費 新台幣 (元)
1	王先生	A123456789	50/01/01	關懷訪談		1-1	
2	陳先生	B123456789	60/01/01	協助送餐 訪視獨居者		1-1	
3	朱小姐	C123456789	70/01/01	導覽解說 賓客接待		1-1	
4	林先生	D123456789	80/01/01	電話接聽 文書處理		1-1	
5	李小姐	E123456789	90/01/01	導護志工 引導學生過馬路		1-1	
6							
7							
8							
9							

紅字部分皆為必填
請確認被保險人基本資料是否正確

***送件時請一併提供被保險人名冊電子檔**

12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

註1:要保單位未能提供個別被保險人聯絡資料者,雙方約定以要保單位之電子郵件信箱或地址為被保險人之聯絡資料,保險公司將依要保單位之聯絡資料通知被保險人。

※保險法第 64 條規定,要保人對保險公司書面詢問事項,不為說明或不實說明,保險公司得解除契約,並依同法第 25 條規定,無須返還保險費。

*文件請E-mail至受理信箱(skiad3@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件,務必保留以茲證明。