新光產物保險

地址
免付
要保
或至本公司總分支機構查閱資訊公開說明文件

保單號碼請務必填

此處請填寫貴單位名稱

體傷害保險人員異動

保單號碼		要保單位		批單號碼	
保險期間		批單有效期間	自　　年　　月　　日，24時起生效		___正本 __副本

人員異動契約變更事項

編號	加/退（保額異動勿填）	生效日期（00時）	被保險人姓名	身份證字號	出生年月日	工作性質（請詳述實際內容）	職業類別（核保人員填寫）	保險金額：意外身故、失能(萬)	保險金額：傷害醫療實支實付 每次限額(萬)	保險金額：住院實支實付傷害醫療 累積限額(萬)	保險金額：傷害醫療住院日額 定額(元)	身故受益人（如指定請填寫第2頁）未勾選，視為同意以法定繼承人為身故受益人	保險費（元）	備註（例如：保額變更）
	■加保 □退保	113/02/01	陳小明	A123456789	70.01.01	社工督導		200	3		1000	□法定□指定		
	□加保 ■退保	113/03/18	徐小明	B123456789	80.01.01	社工師		200	3		1000	□法定□指定		03/17離職
	□加保 □退保											□法定□指定		
	□加保 □退保											□法定□指定		
	□加保 □退保											□法定□指定		
	□加保 □退保											□法定□指定		
	□加保 □退保											□法定□指定		
	□加保 □退保											□法定□指定		
	□加保 □退保											□法定□指定		
	□加保 □退保											□法定□指定		

每個月最後一日前需提供下個月加保及退保
如超過送件期限則一律以最早可加保/退保日期辦理

退保請於備註填寫離職日
退保生效日為離職日次日

以上加/退保人數共_____名　；保險費合計：(＋，－)NT$_____元整。

●退費付款方式如下：

公費加保:每名被保人需提供人力資源系統補助截圖。
自費加保:每名被保人需親簽投保同意書。

影本）

是否受有監護宣告?
是，■否

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	收件日期
一、加/退保異動日期在保險公司受理日或傳真日(郵戳日)之後者，以加、退保異動日期上午零時為生效日。 二、加/退保異動日期在保險公司受理日或傳真日(郵戳日)之前者，以受理日或傳真日(郵戳日)翌日零時為生效日。 三、未滿15足歲之未成年人為被保險人，不含身故保險金，其失能保險金或傷害醫療保險金的受益人均為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。 四、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 五、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	

此處請用印

要保單位(公司行號)_____簽章

負責人或代表人　_____簽章

中華民國　　年　　月　　日

經辦人		保經代簽署		業務員親簽/登錄字號		核保		科長		經副理	

衛生福利部

113 年度全國社會工作人員團體意外保險投保同意書

一、承保對象

1. 領有社會工作師執業執照之人員。

2. 職稱含「社工」之人員，例如：社工員、社工師、公職社工師、高級社工師、社工督導、社工助理/助理社工、約聘社工員、醫務社工、社工室主任、司法社工、學校社工、心衛社工、保護性社工、處遇協調社工等。

3. 各機關（構）、學校、民間團體及機構任僱用執行社會工作師法第 12 條所定業務之社工人員及社會安全網計畫所聘專業人員之社區心理衛生中心服務人力、精神疾病與自殺防治關懷訪視服務人力、藥癮個案管理服務人力等。

二、承保年齡：

20 足歲 至 65 足歲

三、保險期間：

自民國 113 年 01 月 01 日 00 時起至民國 113 年 12 月 31 日 24 時止。

社工人員得中途申請加保，需於每月最後一個工作日前提出申請，經核保通過，於次月 1 日生效。

四、保障內容：

承保項目	保險金額	備註
意外身故及失能	200 萬元	僅承保工作時段(包含上下班交通時段)
意外醫療保險(實支實付型)	3 萬元	僅承保工作時段(包含上下班交通時段)
意外醫療保險(日額型)	1,000 元	僅承保工作時段(包含上下班交通時段)，每日給付 1000 元，保險期間內給付日數不得超過 90 日

五、保險費:

承保月數	12 個月	11 個月	10 個月	9 個月	8 個月	7 個月
起保日	113/01/01	113/02/01	113/03/01	113/04/01	113/05/01	113/06/01
每人保費	995 元	945 元	896 元	846 元	796 元	746 元
承保月數	6 個月	5 個月	4 個月	3 個月	2 個月	1 個月
起保日	113/07/01	113/08/01	113/09/01	113/10/01	113/11/01	113/12/01
每人保費	647 元	547 元	448 元	348 元	249 元	149 元

六、被保險人基本資料

被保險人姓名	身分證字號	出生年月日(民國年)	身故受益人	關係	保險費
王小明	A123456789	70.01.01	法定繼承人		995
職稱/身分	■已有社會工作師執業登記 □領有社會工作師證書 □_____社工師_____(填入職稱)				
E-mail	信箱@gmail.com		聯絡電話	(02)1234-5678	
聯絡地址	臺北市 00 區 00 路 00 段 00 號				

以上請填寫被保人基本資料
紅字部分皆為必填

此處請親簽

被保險人親簽:_____ 113 年 01 月 01 日

新光產物保險股份有限公司　投保人須知(傷害險)

一、投保時，應先請業務員出示登錄證，並請其詳細告知登錄證上所載授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。

保險業務員管理規則第六條規定：業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

二、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知道您投保的內容，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

三、**告知義務**：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。

1.保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。」又「要保人隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」前項契約解除權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅，或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。

2.因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書及體檢表內各項，以及壽險公司指定醫師檢查健康狀況時之詢問事項，都需要實實在在詳詳細細的說明或填寫清楚，不能有過失遺漏，故意隱瞞或告知不實情事。（例如：過去二年內是否曾因傷害或患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ 應據實告知）否則保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約（不過保險公司須在知有解除原因後一個月內行使）；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人（或被保險人）能證明保險事故發生原因與未告知事項無關，且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

四、**契約的終止(一年期傷害險適用)**

要保人得隨時終止本契約。契約之終止，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。要保人依前項約定終止本契約時，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率計算已經過期間之保險費後，將其未滿期保險費退還要保人。被保險人非因約定之意外傷害事故而身故時，本契約效力即行終止；倘終止後有未滿期之保險費者，本公司應按日數比例退還給要保人；本契約終止時，若要保人已身故，則退還未滿期之保險費給主契約身故保險金之受益人。

契約的終止(三年期傷害險適用)

要保人得隨時終止本契約。 契約之終止，自本公司收到要保人書面或其他約定方式通知時，開始生效。 要保人終止契約時，本公司應於接到通知後一個月內償付解約金，逾期本公司應加計利息給付，其利息按給付當時年利率一分的利率計算。本保險契約解約金公式如下：解約金=解約時之保單價值準備金。被保險人非因約定之保險事故而致本契約效力終止時，本公司將按日數比例返還未到期之保險費。

五、**除外責任**

被保險人因下列原因致成死亡、失能或傷害時，本公司不負給付保險金的責任。

1.要保人、被保險人的故意行為。

2.被保險人犯罪行為。

3.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。

4.戰爭（不論宣戰與否）、內亂及其他類似的武裝變亂。但契約另有約定者不在此限。

5.因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。但契約另有約定者不在此限。

六、**不保事項**

被保險人從事下列活動，致成死亡、失能或傷害時，除契約另有約定外，本公司不負給付保險金的責任。

1.被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。

2.被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。

七、**職業或職務變更的通知義務**

被保險人變更其職業或職務時，要保人或被保險人應即時以書面通知本公司。

被保險人所變更的職業或職務，依本公司職業分類其危險性減低時，本公司於接到通知後，應自職業或職務變更之日起按其差額比率退還未滿期保險費。

被保險人所變更的職業或職務，依照本公司職業分類其危險性增加時，本公司於接到通知後，自職業或職務變更之日起，按差額比率增收未滿期保險費。但被保險人所變更的職業或職務依照本公司職業分類在拒保範圍內者，本公司於接到通知後得終止契約，並按日計算退還未滿期保險費。

被保險人所變更的職業或職務，依照本公司職業分類其危險性增加，未依約定通知而發生保險事故者，本公司按其原收保險費與應收保險費的比率折算保險金給付。

八、本保險商品受財產保險安定基金之保障。

財產保險安定基金依保險法第一百四十三條之三第一項第三款規定，代保險業墊付要保人、被保險人及受益人依有效契約所得為請求之範圍，限於依保險法第六條設立之財產保險業及外國財產保險業在中華民國境內之總分支機構銷售之保險契約。但不包括分入之再保險業務。

九、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道:

（一）要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議，可以向本公司免費申訴專線 0800-789-999 或財團法人金融消費評議中心申訴。

（二）要保人、被保險人或受益人因保險契約發生爭議時，可依金融消費者保護法規定先向保險業提出申訴，保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆申訴人；申訴人不接受處理結果者或保險業逾上述期限不為處理者，申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向財團法人金融消費評議中心申請評議。

（三）如因保險契約爭議涉訟者，依據人身保險各險示範條款之約定，以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所在中華民國境外時，則以雙方約定之地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

十、**保險詐欺揭露事項**：若要/被保人有資料造假、誇大保險事故理賠金額、預謀或故意製造或捏造保險事故、陳述或提供不實資訊等相當於保險詐欺之情事發生，將可能會危害到保單持有人之權益。

附註：本投保人須知僅供參考，有關之權利義務，仍請詳閱契約條款之約定。

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 6 條第 2 項、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（O九三）。（二）人身保險（OO一）。（三）消費者、客戶管理與服務（O九O）。（四）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：

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）、病歷、醫療、健康檢查、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。

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：個人資料蒐集特定目的存續期間、提供金融商品或服務契約期間、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：

1、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。

2、與本公司簽訂契約之保險代理人／保險經紀人及因辦理財產保險相關業務需要之第三方。

3、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關。

除法令規定本公司必須進行之通報作業、提供資料予公務機關或上述因本公司營運作業所需合作之關係企業或廠商外，本公司不會在未獲得您的同意下將您的個人資料提供予任何第三方。

（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 條及第 20 條規定，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 0800-789-999 免付費專線。

本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。