



台南市永康區復興國民小學

Fusing Elementary School, YongKang District, Tainan City

114 年度各運用單位推展志願服務績效評鑑

評鑑項目	二、志願服務運用及管理
評鑑指標	2-5 辦理志工保險情形 (8%)
本校成果	2-5 本校每年全體志工皆固定投保(含交通 導護志工參加市府投保)

本校每年為全體志工固定投保(含導護志工參加市府投保)，
113 年度保險期間：自 113 年 11 月 1 日 24 時起，至 114 年 11 月 1 日 24 時止，新進志工亦以加保的方式來投保，以確保每位志工夥伴的人身安全。

◎保險期間曾發生一起，志工到校值勤路上發生交通事故而受傷事件，學校也協助志工完成申請理賠。

※永康區復興國小-志工團體保險要保書



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詢資訊公開說明文件

志工意外團體傷害保險要保書

(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	姓名/公司名稱		續保單號碼	出生日期	民國	年	月	日
	臺南市永康區復興國民小學		統一編號	73710008				
要保人	代表人	張慧芬	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	□□□-□□ 臺南市永康區華興街2號		聯絡電話	06-3111569 轉 910			
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 52 人(詳被保險人名冊)							
保險期間	自民國 113 年 11 月 1 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

主約承保範圍	保障內容	保險金額
	意外身故、失能保險金	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：	

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連結至一醫療公會運通電腦系統連線，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，但該公司仍應依其本身之核保或理賠辦法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，無須退還保險費。

要保單位簽章 _____ 負責人簽章 _____

保總代資訊	業務人員/登錄字號	保總代簽署	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 保單副本 份 收據正本 份 收據副本 份

*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。

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)： _____ 臺南市永康區復興國民小學 _____

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。



要保單位簽章

日期：中華民國 113 年 11 月 1 日

志工核對表

本單位計有附件名冊志工共 52 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)

*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： 永康區農會

分行/支局：

帳 號： 00324160094233

(請提供

存摺帳號影本)

戶 名： 臺南市永康區復興國民小學代收款專戶

*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)： 輔導室

承 辦 人 姓 名： 余宗勳

承辦人電話(分機)： 06-3111569 分機 910

承辦人電子信箱： hsun353@tn.edu.tw



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 11 月 1 日

*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。

※志工團體保險-保險單正本



請向各服務據點、免付費服務
電話0800-789-999
或掃描右上角QR Code查詢保
單狀況及保險詐欺應注意事項
，以確保您的權益。



正本

新光產物團體傷害保險

※務請掃描以維權益※

保單號碼：130013IBP0004864

要保人：臺南市永康區復興國民小學

統一編號：73710008

戶籍/通訊地址：710臺南市永康區華興街2號

被保險人：詳如名冊，等52人

通訊地址：710臺南市永康區華興街2號

保險期間：自民國113年11月01日24時起至民國114年11月01日24時止

專案代號：99IQY33全國志工團傷專案(一年期)

經營業務種類：小學

總保險費：NTD7,800*

承保範圍

保險金額(NTD)

意外身故或失能

詳細

傷害醫療保險給付(實支實付型)

詳細

傷害醫療(日額型)(不含骨折未住院)

詳細

身故受益人：詳細

附加或特約條款：426W新光產物團體傷害保險工作時段附加條款

投保單位名稱：輔導室

招攬人員名稱：余宗勳

特別說明事項：

*本公司傷害醫療保險金(實支實付型)給付，以被保險人於醫院或診所治療時實際發生醫療費用為限。

*除身故保險金以外，其餘各項保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理指定或變更。

*未滿15足歲之被保險人，身故喪葬費用給付依保險法107條規定及保單條款辦理。

103.11.27(103)新產發字第1167號函檢查111.11.18(111)新產發字第1030號函檢查101.05.25(101)新產發字第426號函檢查112.05.22(112)新產發字第546號函檢查

「本公司依據個人資料保護法第8條規定之告知事項包括蒐集之目的、個人資料類別及利用期間、方式等事項。除於蒐集個人資料時之告知外，並已詳載公告於本公司官網個人資料告知事項專區提供閱覽，或可撥打客服專線查詢」及「本人(要保人)瞭解本保險係依相關法令規定投保，於投保前本人已充分審閱保單條款、承保範圍、不保事項、以及保險金額等約定內容，業已符合法令要求」

被保險人注意事項：

- 一、本保險單所記載事項，如有變更，被保險人應立即向本公司辦理批改手續，否則如有任何意外事故發生，本公司不負賠償責任。
- 二、保險單之交付以本(分)公司簽發之正式收據為憑。
- 三、本保險單非經加蓋本公司出單專用章，不生效力。

中華民國 113 年 11 月 05 日 立於 台北 覆核

131115091810/112032/110283



00131RP0004864



新光產物保險股份有限公司

總經理 何英蘭



B 3116864

※市府投保交通導護志工保險名冊

2025/7/31 凌晨 12:27

線上填報系統 - 臺南市教育局調查表

臺南市政府教育局

線上填報系統

20064

- 為能有效投保，請務必確實填寫交通導護志工個人資料，以免後續爭議。
- 本局補助投保對象為交通導護志工(未滿18歲及學校教職員不得參與本保險)，各單位非交通導護志工保險，可由共同供應契約(案號：LPS-111034)「志工意外團體保險」或逕洽保險公司辦理。

題目	填答	意見
1. 志工業務承辦人資料(姓名、電話、e-mail)	吳璫 慈/063111569#931/jetaw2017@fses.tn.edu.tw	新增意見
2. 志工意外保險名單	如下表所示	新增意見

	學校名稱	志工姓名	身份證字號(格式:R333333333)	出生年月日(格式:58.01.03)	備註(跨校擔任志工請寫入校名)
1	永康復興國民小學	蔡	D2		
2	永康復興國民小學	蔡	V2		
3	永康復興國民小學	謝	D1		
4	永康復興國民小學	蕭	B2		
5	永康復興國民小學	蘇	D2		
6	永康復興國民小學	鄭	D2		
7	永康復興國民小學	柯	R20		
8	永康復興國民小學	楊	R2		
9	永康復興國民小學	王	D2		
10	永康復興國民小學	陳	R1		

https

1/4

填報已於2024-04-23 17:30:06截止

0.6413