

(預留條碼)

112.12.22(112)新產發字第 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	臺南市西港區西港國民小學		統一編號	72141319
	代表人	(若要保人為自然人身份,此欄位免填) 郭國成		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	聯絡地址	□□□-□□ 723 台南市西港區進學街 60 號		國籍/註冊地	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國
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 35 人(詳被保險人名冊)				
保險期間	自民國 114 年 4 月 25 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

保障內容		保險金額
主約承保範圍	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：_____	
	<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载本人資料轉送產、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：			99IQY3( )
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)： \_\_\_\_\_ 臺南市西港區西港國民小學 \_\_\_\_\_

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 114 年 4 月 25 日

## 志工核對表

本單位計有附件名冊志工共 35 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：

分行/支局：

帳 號：

(請提供存摺帳號影本)

戶 名：

\*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)： 臺南市西港國小輔導室

承辦人姓名： 曾琬琿

承辦人電話(分機)： (06)7952005 轉 704

承辦人電子信箱： erin841121@gmail.com



要保單位(機關名稱)：

(用印)

機關首長/負責人：

臺南市西港區  
西港國民小學校長郭國成

(簽章)

承辦人：

教師兼曾琬琿  
輔導主任

(簽章)

中華民國 114 年 4 月 25 日



正本

※務請掃描以維權益※

## 新光產物團體傷害保險

保單號碼：130014IBP0002917

要保人：臺南市西港區西港國民小學

統一編號：72141319

戶籍/通訊地址：723台南市西港區進學街60號

被保險人：詳如名冊，等35人

通訊地址：723台南市西港區進學街60號

保險期間：自民國114年04月25日24時起至民國115年04月25日24時止

專案代號：99IQY42全國志工團傷專案(一年期)

經營業務種類：小學

總保險費：NTD3,500\*

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：詳明細

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：曾琬珺

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)新產精發字第1167號函備查、113.11.21(113)新產精發字第626號函備查101.05.25(101)新產精發字第426號函備查112.05.22(112)新產精發字第546號函備查

「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、方式等要項。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 114 年 04 月 28 日 立於 台北 覆核

140430094030/113181/108141



0014IBP0002917



新光產物保險股份有限公司

總經理 何英蘭

