

臺南市北區賢北國小 114 年度教育類志願服務運用單位績效評鑑

2-5 辦理志工保險情形一

(一)113 年度有服務紀錄冊志工，入校值勤 26 人，另加強投保。經費由家長會支出。

新光產物保險 地址：104 台北市蓮花北路二段 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

(請剪貼)

112.03.10(112)新產發登字第 317 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	臺南市北區賢北國民小學		身份證號 統一編號	62928535	
代表人	(請填要保人及保險人身份，此欄位免填) 王章程		性別	☐ 男 ☐ 女	出生日期 民國 年 月 日
聯絡地址	704 臺南市北區大興街 599 號		職業/行業	☐ 本國 ☐ 外國	財產保險
聯絡電話	06-3501433#841				
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 26 人(詳被保險人名冊) 是否被保險人目前受有監護宣告? ☐ 是 ☒ 否, 如勾選是者, 請提供相關證明文件。				
保險期間	自民國 112 年 11 月 23 日 二十四時起 至民國 113 年 11 月 22 日 二十四時止				

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	100 萬
附加條款 承保範圍	☒ 傷害醫療保險給付(實支實付型)	3 萬
	☒ 傷害醫療保險給付(日額型)(每次給付最高 90 日)	1000
	☐ 其他附加條款：	
	☐ 其他附加條款：	
	☐ 其他附加條款：	
	☐ 其他附加條款：	
總保險費	新台幣 150 元整。	☐ 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

須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險條款，消費者務必詳加閱讀了解。

※本人(要保人)已收到保險條款紙本或影本，投保須知、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「傷害保險恐嚇主義行為保險限額給付附加條款」條款之內容及規定。

※身故保險金受領人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受領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領人之通知依據。

※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

*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。

112.10 版

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)： _____ 台南市北區賢北國民小學

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。



台南市北區賢北國民小學校長 王章程

要保單位簽章

日期：中華民國 112 年 11 月 22 日

志工核對表

本單位計有附件名冊志工共 26 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： 臺南第三信用合作社

分行/支局： 文賢分社 社號 188 帳號

帳 號： 0074111406100

(請提供

存摺帳號影本)

戶 名： 台南市北區賢北國民小學學生家長會:蔡佳宏

*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)： 台南市賢北國小輔導室

承 辦 人 姓 名： 張○儀

承辦人電話(分機)： 06-3501433#841

承辦人電子信箱： suyii119@sbcs.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 112 年 11 月 23 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。

志工團體傷害保險被保險人名冊

本名冊附於並構成整個要保書

編號	被保險人姓名 (親簽)	身分證號碼	出生日期 (民國年/月/日)	志工服務內容	職業類別 (職業類別由所屬志 工人員填寫)	投保 組別/項次	保險費 新台幣 (元)
1	黃美	B2205	60/01/12	圖書館志工		1-1	150
2	林樺	M2217	71/12/8	圖書館志工		1-1	150
3	陳薔	D2211	58/3/5	品德故事媽媽		1-1	150
4	熊玉	R2243	60/3/18	圖書館志工		1-1	150
5	周鳳	D2212	63/1/20	圖書館志工		1-1	150
6	林鳳	T2225	66/7/20	圖書館志工		1-1	150
7	石萍	K2217	66/5/15	品德故事媽媽		1-1	150
8	賴卿	P2201	63/1/30	品德故事媽媽		1-1	150
9	范瑩	J2216	65/11/18	品德故事媽媽		1-1	150
10	王儀	S2212	64/5/31	品德故事媽媽		1-1	150
11	蘇葵	R2231	68/11/15	圖書館志工		1-1	150
12	陳珍	N2216	46/2/20	圖書館志工		1-1	150
13	林真	R2229	66/12/05	圖書館志工		1-1	150
14	徐尹	E2223	68/1/24	圖書館志工		1-1	150
15	黃柔	J2218	68/7/15	品德故事媽媽		1-1	150
16	黃薇	L2220	63/11/19	品德故事媽媽		1-1	150
17	游華	H2216	59/10/13	品德故事媽媽		1-1	150
18	黃徽	L2213	63/04/11	品德故事媽媽		1-1	150
19	黃滄	D2222	79/12/31	圖書館志工		1-1	150
20	陳芳	D2214	68/6/30	圖書館志工		1-1	150
21	黃茹	P2229	70/7/18	品德故事媽媽		1-1	150
22	莊晴	S2224	67/1/1	圖書館志工		1-1	150
23	吳蓉	R2239	80/11/26	品德故事媽媽		1-1	150
24	王英	F2228	60/6/21	圖書館志工		1-1	150
25	郭甄	D2215	71/5/28	品德故事媽媽		1-1	150
26	林葵	D2207	61/07/11	品德故事媽媽		1-1	150

註1: 要保單位應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。

依保險法第 94 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 93 條規定，無須退還保費。

*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。

(二)113 年度交通志工名單，上傳教育局統一加保。

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:R123456789)	出生年月日 (格式:YYY-MM-DD)EX.0660101	備註 (跨校擔任志工請寫入校名)
1	賢北國小	江善	U2204	64.11.04	
2	賢北國小	陳	R1204	34.04.01	
3	賢北國小	許蘭	R2216	46.04.10	
4	賢北國小	楊裕	D1211	48.03.26	
5	賢北國小	余欽	Q1019	31.05.24	
6	賢北國小	林隨	R1211	49.08.20	
7	賢北國小	簡芳	Q2209	60.03.02	
8	賢北國小	郭博	D1209	46.02.01	
9	賢北國小	陳倫	E2207	51.11.12	
10	賢北國小	郭余	DD003	66.09.09	
11	賢北國小	黃文	R1230	70.10.23	
12	賢北國小	柯亮	D1205	57.12.25	
13	賢北國小	林慧	S2224	66.05.02	
14	賢北國小	郭孝	R2211	56.08.03	
15	賢北國小	黃耀	R2231	70.07.19	
16	賢北國小	蔡菁	D2212	62.10.05	
17	賢北國小	侯志	D1204	60.07.03	
18	賢北國小	鄭燕璽	D2014	44.05.19	
19	賢北國小	蔡欣	D1210	59.09.15	
20	賢北國小	羅玟	K2204	62.12.8	

(三)入校志工皆含在此份公共意外責任險。



三井住友海上集團

明台產物保險股份有限公司

公共意外責任保險投保證明書

保單號碼：0800-13PLP00037

被保險人：賢北國小

承保處所(活動)：臺南市北區大興街599號

保險期間：民國113年02月01日上午零時起至民國114年01月31日午夜十二時止

保險金額：每一個人體傷責任	：NT\$5,000,000
每一意外事故體傷責任	：NT\$50,000,000
每一意外事故財物損失責任	：NT\$5,000,000
本保險契約之最高賠償金額	：NT\$300,000,000
每一意外事故自負額	：NT\$0

聯絡電話：(02)2772-5678

中華民國113年03月04日立



總經理

陳嘉文

