



新光產物保險

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閱覽公開說明文件

志工意外團體傷害保險要保書

(預留條碼)

111.11.18(111)新產保字第1030號函備查

保險單號碼			續保單號碼		
要保單位	高雄市政府社會局		身份證號 統一編號	79828258	出生日期 民國 年 月 日
代表人	○○○		性別	☐ 男 ☐ 女	職業/行業
聯絡地址	□□□-□□ 高雄市苓雅區四維三路2號10樓		國籍/註冊地	☐ 本國 ☐ 外國	聯絡電話
要保人與被保險人關係： ☐ 同一人(被保險人資料免填) ☐ 其他					
保險期間	自民國 111 年 12 月 31 日 二十四時起 自民國 112 年 12 月 31 日 二十四時止				
被保險人	共 5 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。				

保障內容	保險金額	備註
意外身故及失能保險金	300 萬元	
☒ 傷害醫療保險給付(實支實付型)	3 萬元	
☒ 傷害醫療保險給付(日額型)	2,000 元/日	每次傷害給付最高 90 日
☐ 傷害醫療保險給付(加護病房額外給付)	元/日	每次傷害給付最高 7 日
☐ 其他附加條款：		
☐ 其他附加條款：		

總保險費 新台幣 2165 元整。

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得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，其同意產、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
------	---

本投保單係由本公司提供，可能不適用於貴公司，請逕向本公司索取。本投保單之各項權利義務皆以本投保單為準，如有任何爭議，請逕向本公司洽詢。本投保單之各項權利義務皆以本投保單為準，如有任何爭議，請逕向本公司洽詢。

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：			1. 保單正本：
員工編號：	登錄字號：			2. 保單副本：
				3. 收據正本：
				4. 收據副本：

111.11 製