112/03/15
SKI-DM-11203027

新光全新團體傷害保險一

商品銷售時間：112年04月01日～113年03月31日

注意事項

1.消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。
2.專案商品適用對象為 5 人以上之公司行號(需有統一編號)，每一被保險人僅限投保乙次且最高投保額度不得超過新光產險之承保限制。
3.職業類別：第一至第六類，且不適用產業/職業工會、公會、協會團體及志工/義工人員。
4.被保險人投保年齡：具有中華民國國民身分者或持有合法居留證者，年齡15足歲至70歲，職業類別第一至第三類可續保至75歲(逐案核保)。
5.本專案商品失能保險金及醫療保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理受益人之變更。身故保險金受益人新光產物僅接受被保險人指定其父母、配偶、子女或兄弟姐妹為受益人。
6.本保險以一年為期，自新光產物核保通過及扣款成功後，追溯自新光產物收迄要保書當日二十四時生效。如付款人之信用卡無法扣款，本申請書自始無效。
7.消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定附加費用率28%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話:0800-789-999)或網站(網址:http://www.skinsurance.com.tw)，以保障您的權益。
8.消費者於購買前，應詳閱金融消費者保護法相關法規(網址：https://reurl.cc/a9ond4)。
9.本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷其傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院，保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。
10.本商品為保險商品，受「財團法人保險安定基金」之保障，非屬存款，故不受存款保險之保障。

商品文號：107.05.18(107)新產精發字第406號函備查 、112.04.25(112)新產精發字第238號函備查、92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准(公會版)、107.08.17依據金融監督管理委員會107.06.07金管保壽字第10704158370號函修訂

新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

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閱資訊公開說明文件

方案內容

主約：

新台幣：元

保障內容		方案 A	方案 B	方案 C	方案 D	方案 E
一般意外身故、失能保險金		50 萬	100 萬	150 萬	200 萬	250 萬
大眾運輸工具交通意外身故、失能增額保險金-陸上(以乘客身分)		50 萬	100 萬	150 萬	200 萬	250 萬
大眾運輸工具交通意外身故、失能增額保險金-水上(以乘客身分)		50 萬	100 萬	150 萬	200 萬	250 萬
大眾運輸工具交通意外身故、失能增額保險金-航空(以乘客身分)		50 萬	100 萬	150 萬	200 萬	250 萬
火災意外身故、失能增額保險金		--	100 萬	150 萬	150 萬	150 萬
地震意外身故、失能增額保險金		--	100 萬	150 萬	200 萬	250 萬
執行職務意外身故、失能增額保險金		50 萬	100 萬	150 萬	200 萬	250 萬
特定燒燙傷保險金		25 萬	50 萬	50 萬	50 萬	100 萬
主險保險費	一至二類	675	1,364	2,028	2,690	3,382
	三類	870	1,755	2,610	3,462	4,354
	四類	1,300	2,617	--	--	--
	五類	2,019	4,053	--	--	--
	六類	2,594	5,202	--	--	--

附約：

保障內容		附加方案 A	附加方案 B	附加方案 C	附加方案 D	附加方案 E
住院實支實付傷害醫療保險金(累積型)(保險期間累積)			2 萬	3 萬	3 萬	5 萬
住院慰問保險金(每次住院須達 3 日(含)以上)			每次 1,000	每次 1,000	每次 1,500	每次 1,500
輔助器具費用保險金(保險期間最高給付 2 次)			最高 5 萬	最高 5 萬	最高 5 萬	最高 5 萬
總保險費 (主約+附約)	一至二類	675	2,079	2,967	3,635	4,502
	三類	870	2,679	3,825	4,685	5,803
	四類	1,300	4,004	--	--	--
	五類	2,019	6,210	--	--	--
	六類	2,594	7,975	--	--	--

- 「執行職務意外傷害事故」：係指因執行職務致之意外傷害事故，其認定標準悉依行政院勞工委員會所頒布施行之「勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則」，包含但不限於被保險人上、下班，於適當時間，從日常居、住處所往返就業場所間之應經途中發生事故而致之傷害。
- 「增額保險金」最高給付限額之約定，同時符合兩項或兩項以上不同特定事故時，本公司僅依較高金額之該項保險金給付。

投保規則

1.本商品僅限員工本人投保，不開放眷屬投保。

2.保額限制：

適用職業及身份別	適用年齡別(註 1)	意外身故(含執行職務)最高投保額度	可投保方案
職業分類表第 1-3 類	15 足歲至 60 歲	500 萬	A、B、C、D、E
	61 歲至 65 歲	300 萬	A、B、C
	66 歲至 70 歲	200 萬	A、B
	71 歲至 75 歲（限續保，逐案核保）	100 萬	A
職業分類表第 4 類(註 2)	15 足歲至 70 歲	200 萬	A、B
職業分類表第 5-6 類(註 3)	15 足歲至 70 歲	200 萬	A、B
外籍專業人士、外籍教師	15 足歲至 65 歲	300 萬	A、B、C
	66 歲至 70 歲	200 萬	A、B
	71 歲至 75 歲（限續保，逐案核保）	100 萬	A
外籍勞力工作者	15 足歲至 70 歲	100 萬	A

(註1)：除15歲為實足歲外，其餘年齡為保險年齡。

(註2)：**不包含下列職業**石棉瓦或浪板安裝工人、帆布鐵架架設、輕鋼架架設人員、建築土木雜工、建築土木臨時工、建築土木工地清潔工、特種營業工作人員、國內泛舟安全人員、化學工程環保人員、下水道清潔工、職業運動人員、海上油礦開採業工程師、宗教人士、現役軍人。

(註3)：**僅受理職業分類表**第5-6類之營業用貨車司機及隨車工人、砂石車司機及隨車工人、工程卡車司機及隨車工人、液化、氣化、油罐車司機及隨車工人、混凝土預拌車司機及隨車工人、拼裝車司機、建築土木焊工、建築工程車輛駕駛員、建築工程車輛機械操作員、鐵工廠工人(除鍋爐工外)、石化工業煉油廠管線維修、道路鋪設電線架設及維護工人、高速公路工程人員、高速公路工程監工、 家電製造業之焊接工、沖床工、剪床工、銑床工、鑄造工、車床工，除上開職業外，其他5-6類之人員不受理投保。

3.每一被保險人於本公司一般意外身故保險金額累積不得超過500萬，本公司將依被保險人最新之要保條件、投保內容、本公司最新之核保規範、限保對象保額對照表及職業分類表規定辦理，其他相關資訊進行核保審查，本公司核保人員保留最終承保與否及調整保險費之權利，其他未盡事宜，悉依本公司保險單條款規定辦理。

4.本專案除外行業及身份別：海上漁業、森林砍筏業、礦業採石業、航運業、炸藥業、特種營業人員、無業、無固定職業者、非自願性失業、高空作業及拒保類人員。

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閱資訊公開說明文件

新光產物團體傷害保險要保書

（預留條碼）

112.03.10(112)新產傷發字第 317 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		身份證號 統一編號			出生日期	民國　年　月　日
	代表人	(若要保人為自然人身份，此欄位免填)	性別	□男 □女	國籍/ 註冊地	□本國 □外國＿＿＿＿	職業/行業	
	聯絡地址	□□□-□□					聯絡電話	
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　　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　年　月　日　二十四 時起　至民國　年　月　日　二十四 時止					

承保內容

主約承保範圍\方案 (新台幣：元)	方案 A	方案 B	方案 C	方案 D	方案 E
一般意外身故、失能保險金	50 萬	100 萬	150 萬	200 萬	250 萬
大眾運輸工具交通意外身故、失能增額保險金 － 陸上 (以乘客身分)	50 萬	100 萬	150 萬	200 萬	250 萬
大眾運輸工具交通意外身故、失能增額保險金 － 水上 (以乘客身分)	50 萬	100 萬	150 萬	200 萬	250 萬
大眾運輸工具交通意外身故、失能增額保險金 － 航空 (以乘客身分)	50 萬	100 萬	150 萬	200 萬	250 萬
火災意外身故、失能增額保險金	--	100 萬	150 萬	150 萬	150 萬
地震意外身故、失能增額保險金	--	100 萬	150 萬	200 萬	250 萬
執行職務意外身故、失能增額保險金	50 萬	100 萬	150 萬	200 萬	250 萬
特定燒燙傷保險金	25 萬	50 萬	50 萬	50 萬	100 萬
附約承保範圍\方案 (新台幣：元)	**附加方案 A**	**附加方案 B**	**附加方案 C**	**附加方案 D**	**附加方案 E**
住院實支實付傷害醫療保險金(累積型) (保險期間累積)		2 萬	3 萬	3 萬	5 萬
住院慰問保險金(每次住院須達 3 日(含)以上)		每次 1,000	每次 1,000	每次 1,500	每次 1,500
輔助器具費用保險金 (保險期間最高給付 2 次)		最高 5 萬	最高 5 萬	最高 5 萬	最高 5 萬

總保險費	新台幣　　元整。　　□自費件
特約事項	
注意事項	「增額保險金」最高給付限額：同時符合兩項或兩項以上不同特定事故時，本公司僅依較高金額之該項保險金給付。

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

※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：			99ISK59 全新團體一
單位代號：	業務員簽名：			保單收據
員工編號：				保單正本　份 保單副本　份 收據正本　份 收據正本　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。	登錄字號：			

團體傷害保險(乙型)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) ※本人(被保險人)已確認聲明事項之內容請於下方欄位簽名。(如被保險人為未成年、或受監護宣告尚未撤銷者，請由法定代理人或監護人親簽。)	身分證號碼	出生 日期	工作內容 /職業類別 (職業類別由新光產物人員填寫)	投保方案別	醫療附約 (勾選) ※方案A無醫療附約請勿勾選，誤勾選者同意本公司逕予取消不另通知。	身故保險金受益人		保險費 新台幣 (元)
							姓名	關係	
1						☐			
2						☐			
3						☐			
4						☐			
5						☐			
6						☐			
7						☐			
8						☐			
9						☐			
10						☐			
11						☐			
12						☐			
13						☐			
14						☐			
15						☐			
16						☐			
17						☐			
18						☐			
19						☐			
20						☐			

要保單位簽章 ：_____

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)：_____

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　　年　　月　　日

個人資料蒐集告知事項

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：信用卡繳納保險費

財產保險（Ｏ九三），人身保險（ＯＯ一），消費者、客戶管理與服務(Ｏ九Ｏ)，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：信用卡資料（信用卡種類、卡號、AE卡識別碼、有效期限與發卡銀行）、持卡人姓名、身分證字號、聯絡方式（如住址、電話或手機）、被保險人與保單或保卡或保險證號碼，詳如信用卡簽帳單內容。若繳費人非要/被保險人/受益人時，本公司為依法令核實繳費人與要/被保險人/受益人關係，須再徵提關係證明文件時，則蒐集個人資料之類別會增加如前述關係證明文件所載(識別類、特徵類、家庭情形、受僱情形)。

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）：持卡人即填寫信用卡簽帳單之人。

（一）要保人／被保險人／繳費人。

（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(如收單銀行)。

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，**本公司將無法提供您以信用卡繳納保險費之服務**，請您以其他方式繳納保險費。

七、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 0800-005-588 免付費專線。本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。

新光產物保險

信用卡保險費簽帳單

簽帳日期　　年　　月　　日

信　用　卡　種　類　：　☐ VISA ☐ MASTER ☐ JCB ☐ 聯合信用卡　　**<代收代付業者不適用>**

信　用　卡　卡　號　：　＿＿＿＿＿＿ — ＿＿＿＿＿＿ — ＿＿＿＿＿＿ — ＿＿＿＿＿＿

信　用　卡　有　效　日　期　：　＿＿＿＿月　＿＿＿＿年

持卡人姓名(填寫正楷)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　持卡人電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

持　卡　人　身　分　證　號　碼　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

持卡人與保戶之關係：☐A 要保人 ☐B 被保人 ☐C 受益人（請勾選 A～C 及下列 1～9 之關係）

☐1 本人 ☐2 配偶 ☐3 父母 ☐4 子女 ☐5 祖父母 ☐6 孫子女 ☐7 兄弟姐妹

☐8 負責人 ☐9 公司員工**(110/1/1 起關係 2~9 需檢附關係證明;法人客戶請填寫統編:　　)**

※持卡人聲明完全知悉與要保人關係，並同意以信用卡支付此簽帳內容予本公司，簽名以示同意

要　保　人　親　自　簽　章：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(請與要保書上簽章相同)

持　卡　人　親　自　簽　名：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(請與信用卡上簽名相同)

業務員簽章：

電話：

傳真：

授權號碼：

被　保　險　人	保單或保卡或保險證號碼 (選擇一種即可)	保險費 十	萬	千	百	十	元
共　計 ＿＿＿＿ 件，　刷　卡　總　金　額　NT$							

註：1. 持卡人同意以信用卡支付上開保險費金額予新光產物保險股份有限公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。

2. 本項交易經收單銀行核准後，當即寄發保險費收據予被保險人。

3. 本項交易若未獲收單銀行核准，則本保險費簽帳單自動失效，新光產物保險股份有限公司得重行收費。

4. 本項交易日後若有退費或溢收，依規定新光產物保險股份有限公司逕行將退費金額退至本簽單之信用卡帳號內。