

GPA2000

團體傷害保險

單位：新臺幣元

保障內容/保險金額		方案A	方案B
意外身故失能 (擇高給付)	一般意外身故、失能保險金	100萬	200萬
	大眾運輸工具交通意外身故、失能保險金	1,900萬	2,000萬
	地震事故意外身故、失能保險金	500萬	600萬
	火災、電梯事故意外身故、失能保險金	400萬	500萬
	與配偶同一意外身故保險金	400萬	500萬
重大傷害失能	重大傷害失能增額保險金	50萬	50萬
重大燒燙傷	重大燒燙傷保險給付	50萬	50萬
傷害醫療	傷害醫療保險給付(實支實付型)	10萬	15萬
	一般住院日額保險金(每次傷害給付最高90日)	每日1,000	每日2,000
	加護病房住院日額保險金(每次傷害額外給付最高45日)	每日2,000	每日3,000
	燒燙傷病房住院日額保險金(每次傷害額外給付最高45日)	每日4,000	每日4,000
	意外門診手術醫療保險金	每次1,000	每次1,000
	意外手術費用保險金	1萬	1萬
	住院慰問保險金	每次2,000	每次2,000
每人年保險費		1,880	2,280

投保條件

- 1.要保資格：要保單位在職員工/配偶/子女/員工父母/配偶父母。(員工未投保者員工之眷屬不得投保)，被保險人數須達50人(含)以上。
- 2.承保年齡：初次投保限滿15歲至未滿65足歲者要保，71歲(含)-75歲續保人員限保方案A。
- 3.職業類別及保險金額：本專案限職業類別第1~4類者要保；在職員工眷屬之要保保額最高以在職員工之保險金額為限。
- 4.每一被保險人於本公司一般意外傷害保險金額累積不得超過500萬，61歲(含)以上者於本公司累計保額限200萬，本公司將依其投保內容及其他相關資訊(含同業通報資訊)進行核保審查，並保留最終承保與否及調整保險費之權利，其他未盡事宜，悉依新光產物保險單條款規定辦理。
- 5.本專案不承保以下職業類別人員及性質：外國人士(無居留證者)、非法入境者、鎮暴警察、情治調查人員、救難船員、武打演員、動物園馴獸師、高壓電工程施工人員、礦工、爆破工作人員、炸藥業從業人員、硫酸鹽酸硝酸等有毒物質製造工、火藥、爆竹製造廠人員、各種職業運動人員等及五、六類及拒保類人員。

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.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。
- 3.本保險以一年為期，自新光產物核保通過及扣款成功後，追溯自新光產物收妥要保書當日午夜十二時生效。如付款人之信用卡無法扣款，本申請書自始無效。
- 4.為保障被保險人權益，如日後職業變更且變更後之職業屬不承保者，請務必通知新光產物辦理退保，如未通知，於保險事故發生時新光產物將不予理賠並終止該保險契約，本公司將自發生日起按日數計算退還未滿期保險費；但若被保險人發生事故時之職業類別與投保時所填寫之職業類別不符時，若被保險人發生事故時之職業類別高於投保時之職業類別，則依實繳保費與應繳保費之比例給付保險金。
- 5.如被保險人同時符合本保險單所約定承保項目兩項或兩項以上時，新光產物依最高保險金額者給付身故保險金或失能保險金。
- 6.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最高33%，最低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：0800-005-588)或網站(網址：<http://www.skinsurance.com.tw>)，以保障您的權益。
- 7.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。

核准文號

104.10.01(104)新產精發字第1044號函備查、109.02.07依據金融監督管理委員會108.04.09金管保壽字第10804904941號函修訂、109.02.07依據金融監督管理委員會108.06.21金管保壽字第10804920500號函修訂；106.09.01(106)新產精發字第1049號函備查、109.02.07依據金融監督管理委員會108.04.09金管保壽字第10804904941號函修訂；106.11.24(106)新產精發字第1363號函備查、109.02.07依據金融監督管理委員會108.04.09金管保壽字第10804904941號函修訂；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

投保流程

填寫→傳真
投保資料

審核
約7個工作天內
通知員工

●郵政劃撥：
請於生效日前繳費
●信用卡：
於生效日前扣繳

生效後30日
內寄發保險證

RO CHAIN
實祥保險經紀人

電話：02-2231-6319
傳真：02-2231-6204



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

地址：台北市建國北路2段15號 電話：(02)2507-5335 免費申訴電話：0800-005-588 理賠專線：0800-789-999

要保人可透過本公司網站<http://www.skinsurance.com.tw>或至總公司、分公司及通訊處查閱資訊公開說明文件。

傳真:(02)2231-6204

可影印使用

A. 聯絡資料：

保險期間： 年 月 日至 年 月 日止

員工姓名	☐ 已婚 ☐ 未婚	員工編號		e-mail	
聯絡電話	公：宅：		手機：		傳真：
通訊地址					

B.投保資料：

關 係	被保險人姓名	身分證字號	出生日期	身高 (cm)	體重 (kg)	服務單位/職稱/ 工作內容(含兼職)	投保方案 (請勾選)	身故保險金受益人 姓名/關係	
員 工							☐ A ☐ B	(請勾選) ☐ 依保險契約約定 ☐ 另行指定如右	
配 偶							☐ A ☐ B		
子 女 1							☐ A ☐ B		
子 女 2							☐ A ☐ B		
子 女 3							☐ A ☐ B		
父 母							☐ A ☐ B		
父 母							☐ A ☐ B		

C. 告知事項： 被保險人注意事項：減少本公司對被保險人親自填寫並得實告知，如人有故意隱匿或過失遺漏或不實保險說明人足以變更或減少本公司對被保險人親自填寫並得實告知，如人有故意隱匿或過失遺漏或不實

投保者，請回答下述第 1~5 項告知是否有為“是”之情事？..... ☐ 是 ☐ 否

1. 最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？
2. 過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？
(1)高血壓(指收縮壓140mmHG, 舒張壓90mmHG以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症。(3)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。(4)糖尿病。(5)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。
3. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？
4. 目前身體機能是否有下列障害？
(1)失明。(2)是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表〇.三以下。(3)聾。(4)是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。(5)啞。(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。
5. 是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？如是者，請提供。

綜合上述每一項問題中，如有告知為“是”，請註明被保險人姓名、問題號碼、詳述原因或疾病名稱、症狀、大約治療時間、地點及結果。健康檢查之原因、大約時間、地點、項目及結果。

D.被保險人親簽暨聲明同意事項：

- 1.身故保險金受益人如未另行指定者，本人（被保險人）同意依保險契約約定：員工/配偶父母約定為：法定繼承人；配偶/子女/員工父母約定為：員工。
2.合約期間本公司將通知續保，採郵政媒體轉帳或信用卡授權繳費如未表示不續保或變更者，本人（被保險人）同意按授權資料扣繳續年度保險費。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

[illegible]

被保險人監護宣告詢問事項

配合『保險法』部分條文修正，為瞭解被保險人目前是否受有監護宣告？
☐否 ☐是(姓名:)，並請提供相關證明文件。

以上二項
此致 寶祥保險經紀人股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名：_____ / _____
 _____ / _____

立同意書人之法定代理人 簽名：_____

倘超過二位(含)以上法定代理人簽名時，請分別註明所代理之被保險人姓名

中 華 民 國 年 月 日

寶祥保險經紀人履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

寶祥保險經紀人股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)第6條第2項、第8條第1項規定(如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項),向您告知下列事項,請您詳閱:

[illegible]

E.繳費方式：

- ☐ 郵政劃撥（劃撥帳號：18439721 戶名：寶祥保險經紀人股份有限公司）
☐ 郵政媒體轉帳----（茲依照臺灣郵政受託代繳款項辦法之規定，依被保險人之帳戶扣繳寶祥規劃團體保險費。）
 ※請掃描 QR-Code 填寫「自動轉帳付款授權書」※(正本需寄回寶祥)



- ☐ 信用卡(限上列投保被保險人之一，茲同意授權本人信用卡支付保單年度應繳之保險費予承保公司。)
- 身分證字號：_____ 發卡銀行：_____ 銀行 有效期：_____月_____年
- 卡號：_____ — _____ — _____

授權人簽名：

簽單日

年 月 日

寶祥保險經紀人股份有限公司

委託機構代號

5

0

N

自動轉帳付款授權書

媒體產生日期：

立授權書人（以下稱授權人）_____授權郵局依照寶祥保險經紀人股份有限公司提供之資料，自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式，交付保險費費用；惟帳戶餘額不足支付帳款時，則不予轉帳。

郵局如因電腦系統故障、電腦設備故障、電信線路故障、停電、斷電、第三人之行為、不可抗力或其他不可歸責於郵局之事由致無法於約定日期完成轉帳作業時，郵局得順延至前開障礙事由排除後始進行轉帳作業，因而所致之遲延或損失，授權人同意免除郵局之一切責任。但該障礙事由係郵局之故意或重大過失所致者，不在此限。

授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時，自行洽寶祥保險經紀人股份有限公司查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於寶祥保險股份有限公司與授權人間權利義務之約定事項與郵局無關者，概與郵局無涉。

本授權書簽訂完成後，其效力不受帳戶所有人原留印鑑變更影響；原扣款帳戶辦理轉移者，將自動由新帳戶繼續扣款。授權人欲終止轉帳扣款時，應以書面方式向郵局或寶祥保險經紀人股份有限公司辦妥終止授權手續。

授 權 人	戶 名															
	身 分 證 統 一 編 號															
	☒ 存簿帳號															
	☐ 劃撥帳號															
	聯 絡 電 話	(宅) (公) (手機)														
	聯 絡 地 址															
		授權人用印（請蓋原留印鑑）														
		授 權 書 填 寫 日 期 年 月 日														

委 託 機 構 確 認 欄	一、用戶編號：
	二、本授權書確由帳戶所有人填具（未成年人已取得法定代理人同意），且內容（印鑑除外）確認無誤。
	三、已確認授權資料建檔內容與授權書所填相符。
	確認人： 主管（複核）： 委託機構章：

郵 局			
	審核：	核印：	註記：

第1聯：郵局存查聯（永久保管）

轉換核印 107.01