

420專案

團體傷害保險

當月傳真投保，次月1日生效＜寶祥傳真專線：(02)2231-6204＞

單位：新臺幣元

保障內容/保險金額		方案A	方案B	方案C	方案D	方案E (未滿15足歲)	方案F (未滿15足歲)
一般意外身故、失能保險金		100萬	200萬元	300萬元	500萬元	100萬元	200萬元
地震、火災事故意外身故、失能保險金(含一般意外身故、失能保險金)		200萬	300萬元	400萬元	600萬元	-	-
電梯意外事故意外身故、失能保險金(含一般意外身故、失能保險金)		200萬	300萬元	400萬元	600萬元	-	-
重大燒燙傷保險金		100萬	200萬元	300萬元	500萬元	100萬元	200萬元
每人年保險費		350	700	1,050	1,750	150	300

附加傷害醫療 (二擇一)	保障內容(可自由選擇是否附加)	附約1	附約2	附約3	附約4	附約5
	傷害醫療保險金(實支實付型)	1萬	2萬	3萬	4萬	5萬
	一般住院日額保險金(不得超過實支實付限額)	1,000元/日				
每人年保險費		70	140	210	280	350

投保條件

投保對象	投保/承保年齡	傷害保險	傷害醫療(限額)
員工本人	首次投保需在職且未滿65足歲，最高可保至滿70足歲止	未滿60足歲者：可選100～500萬元	可選1～5萬元
		滿60足歲以上者：限100～200萬元	限1～2萬元
配偶	首次投保需未滿65足歲，最高可保至滿70足歲止	未滿60足歲者：可選100～500萬元	可選1～5萬元
		滿60足歲以上者：限100～200萬元	限1～2萬元
子女	無年齡限制，需有正職工作，符合職業類別1-3類以內 未滿20歲或具學生身份者	可選100～500萬元	可選1～5萬元
		可選100～200萬元	可選1～2萬元
員工父母	首次投保需未滿65足歲，最高可保至滿70足歲止	限100萬元	限1萬元

1.員工投保後，眷屬才能投保，且保額不可大於員工；員工本人如因體況不佳，無法投保時，其眷屬仍可投保，死亡及失能(傷害保險)保額限100萬，實支實付最多2萬。

2.辦理續保作業時已達60足歲者，其該年度續保傷害保險(身故及失能)保額限100-200萬元，傷害醫療保額限1-2萬元。

3.工作內容必須符合職業類別1-3類以內(在保險期間內，如工作內容有異動，務必來電或傳真書面修正，以免影響保險權益)。

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。

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.傷害醫療保險實支實付型，申請理賠時得檢具收據副本辦理(副本是指收據影印後由原就醫院所加蓋章)。

4.倘被保險人各項醫療費用未達全民健康保險分擔給付，本公司依被保險人實際支付之各項費用之百分之七十給付，惟同一次傷害的給付總額仍不得超過保險單所記載的「每次實支實付傷害醫療保險金限額」。

5.合格中西醫院所開立之意外醫療費用中，如含有必要之自費藥用部份，其金額以70%折算，並需檢附用藥明細。

6.如於醫療院所推拿治療(含課程)時須由醫師親自施行並於診斷書載明，否則無法給付。

7.被保險人於保險期間內因遭受非由疾病引起之外來突發意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致失能、重大燒燙傷或死亡時，保險公司依照下列約定，給付保險金。

(一)身故保險金的給付(一般意外、火災、地震、電梯)：被保險人於保險期間內遭受本契約約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內死亡者，保險公司按各項保險金額給付身故保險金。

(二)失能保險金的給付(一般意外、火災、地震、電梯)：被保險人於保險期間內遭受本契約約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內致成失能程度之一者，保險公司給付按各項失能保險金，其金額按程度表之規定給付比例計算。

(三)重大燒燙傷保險金的給付：被保險人於保險期間內遭受本契約約定的意外傷害事故，致成重大燒燙傷程度之一者，且於意外傷害事故發生之日起至第六日仍存活者，保險公司按程度表之規定給付重大燒燙傷保險金。被保險人因同一意外傷害事故致成程度表所列二項以上重大燒燙傷程度時，保險公司僅給付較嚴重項目之重大燒燙傷保險金。被保險人因同一意外傷害事故同時致成失能或重大燒燙傷時，受益人申請失能保險金及重大燒燙傷保險金時，合計最高以較嚴重項目之失能保險金或重大燒燙傷保險金為限。

(四)傷害醫療保險金的給付：1.實支實付型：被保險人於保險期間內遭受本契約約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內，經登記合格的醫院或診所治療者，保險公司就其實際醫療費用，超過全民健康保險給付部分，給付傷害醫療保險金。但同一次傷害的給付總額不得超過保險單所記載的「每次實支實付傷害醫療保險金限額」。

2.日額型：被保險人於保險期間內遭受本契約約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內，經登記合格的醫院治療者，保險公司就其住院日數，給付保險單所記載的「傷害醫療保險金日額」。但每次傷害給付總額不得超過實支實付傷害醫療限額。

8.在團保契約有效下，保險效期為期一年。期間雖中途離職、年齡滿70足歲，其效力仍持續至效期屆滿日止。員工已離職或員工(或眷屬)已年滿70足歲者，即不予開放續年度繼續投保。

9.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中午十二時生效。如付款人之信用卡無法扣款，本申請書自始無效。

10.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。

11.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。

12.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。

13.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院院，且正式辦理住院手續並確實住院接受診療者，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。



電話：02-2231-6319
傳真：02-2231-6204

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、107.09.14(107)新產精發字第999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



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。

寶祥服務電話：(02)2231-6319 · 0800-000559
傳真：(02)2231-6204

編號：

M 網

身故受益人姓名/關係 員工可指定（若不指定請填法定繼承人）		保險費	傷害保險 + 傷害醫療	出生 年 月 日	身分證字號	被保險人姓名	身分
*請以 正楷 填寫	員工本人	元	萬元 + 萬元				身 分
	約定為員工本人	元	萬元 + 萬元	本公司 得按 核保 考量 ， 做調 整			配偶
		元	萬元 + 萬元				子女1
		元	萬元 + 萬元				子女2
		元	萬元 + 萬元				子女3
		元	萬元 + 萬元				子女4
		元	萬元 + 萬元				員工父母
		元	萬元 + 萬元				員工父母
	➤失能保險金及醫療保險金之受益人為被保險人本人。 ➤投保對象及保險內容請詳閱投保說明書，資料表請自行影印留存。				人 數 / 合 計 保 費 : 人 元		

注意事項

1. 保險效期為期一年，期間雖中途離職，其效力仍延至當年度保險屆滿日止，續年度請勿繼續投保，如已續保請退回保險證辦理退費，否則保險無效，事故發生後亦同。

2. 職業／工作內容限於「台灣地區傷害保險個人職業分類表」1—3類以內(例學生、家管、行政內勤.....等)。保險有效期間內現職或轉職如超過第三類者，因工作所致事故則按照比例給付第四至第六類工作者；若屬拒保類及特殊費率者為拒保對象(註)，一律不予給付。

註：(1)戰務人員，(2)礦務人員：為實際從事採礦或礦坑內執行任務之人員，(3)運動員(職業)，(4)機師或空服員：為實際從事飛行任務之人員，(5)船員或海事人員：為實際從事海面上或海面下工作人員，例如：海上鑽油平台工作人員或潛水員，(6)警察、消防人員及執行任務之義警、義消人員，(7)各類競技人員(例如：賽車手)，(8)特殊費率者：遠洋、近海船舶所有工作人員，遊覽船、小汽船之駕駛及工作人員，自由車、角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、國術、拳擊人員，潛水、滑雪、馬術、特技、雪車教練及賽車人員，滑翔機具教練等。

繳費方式

☐ 1. 郵政劃撥 (劃撥帳號：18439721 戶名：寶祥保險經紀人股份有限公司)

☐ 2. 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)

☐ 3. 信用卡---- (茲同意授權自本人信用卡帳戶進行自動轉帳作業，以支付保保單年度應繳之保險費予本公司。
發卡銀行：_____ 有效期限：_____ 月 / 西元 20_____ 年
信用卡卡號：_____ — _____ — _____



授權人簽名

註：合約期間本公司將通知續保，採郵政媒體轉帳或信用卡繳費者，如未表示不續保或變更者，本人同意按授權資料扣繳續年度保險費。

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（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集之目的：(一) 人身及財產保險。(二) 行銷。(三) 消費者、客戶管理與服務。(四) 調查、統計與研究分析。(五) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。二、蒐集之個人資料類別：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查、與事故經過相關的查證個人資料等(包含非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如相關業務申請書或契約書及應備文件院所載。三、個人資料之來源：(一) 要保人、被保險人。(二) 您或您的法定代理人、輔助人。(三) 本公司各項業務內所委託、往來之第三人。(四) 各醫療院所。(五) 司法警察機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一) 期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二) 對象：本(分)公司、產、壽險公司、要保單位、寶健代理人保險股份有限公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費爭議中心或其他受理消費爭議機構、業務委外機構、與本公司有再保、共同行銷或合作推廣等業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。(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、依據個資法第三條規定，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. 查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2. 請求補充或更正。3. 請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二) 行使權利之方式：書面。六、您不提供個人資料所致權益之影響：若您未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝、遲延或無法提供您相關服務或給付。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人（以下簡稱本人）同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法等相關法令所規定之範圍內（包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務），蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

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: _____ / _____ / _____ / _____ / _____ /
 ※未滿七足歲者或無行為能力人,由法定代理人代為簽名及法定代理人親自簽名;七歲(含)以上未滿二十足歲者,由被保險人本人及法定代理人親自簽名。

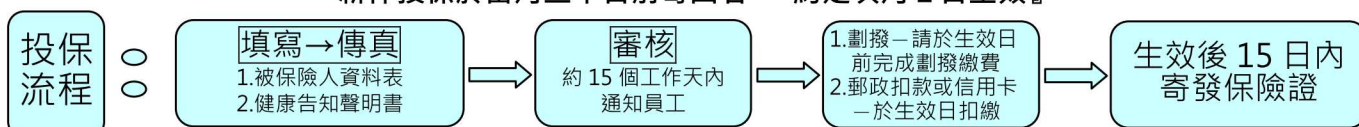
立同意書人之法定代理人 簽名：

中 華 民 國 年 月 日

◎歡迎影印使用 109/03/01

~~~填妥『被保險人資料表』後，請繼續填寫『被保險人健康告知聲明書』~~~

新件投保於當月二十日前寄回者，『約定次月1日生效』



## 一、基本資料

| 關係   | 被保險人姓名 | 身分證字號 | 出生日期 | 身高 | 體重 | 服務單位／職稱／詳細工作內容 | 兼業工作內容 |
|------|--------|-------|------|----|----|----------------|--------|
| 員工本人 |        |       |      |    |    |                |        |
| 配偶   |        |       |      |    |    |                |        |
| 子女1  |        |       |      |    |    |                |        |
| 子女2  |        |       |      |    |    |                |        |
| 子女3  |        |       |      |    |    |                |        |
| 子女4  |        |       |      |    |    |                |        |
| 員工父母 |        |       |      |    |    |                |        |
| 員工父母 |        |       |      |    |    |                |        |

◎被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? ☐是(姓名: \_\_\_\_\_):如勾選是者,請提供。 ☐否。

◎被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? ☐是(姓名: \_\_\_\_\_):如勾選是者,請提供相關證明文件。 ☐否。

## 二、告知事項(資料表寄回後,如於生效日前,有就醫記錄者,請逕向寶祥索取健康聲明書,履行告知義務)

| ●被保險人對下列告知事項應據實告知並親自填寫,如有隱匿、遺漏或不實之說明,足以影響本公司對於危險之估計者,本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約中該被保險人部分,保險事故發生後亦同。                                                                                                                 | 員工本人                     |                          | 配偶                       |                          | 子女                       |                          | 員工父母                     |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                | 是                        | 否                        | 是                        | 否                        | 是                        | 否                        | 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?                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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?<br>(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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.目前身體機能是否有下列障害?<br>(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。                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 答覆為<br>"是"時 | 以上詢問事項勾選「是」者,<br>請註明題號並詳細說明檢查原因、時間、地點、項目、及結果或疾病名稱、發病時間、症狀、治療院所、治療方式、治療時間及結果。 |    |         |      |      |                                                                  |                                                          |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------|----|---------|------|------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|             | 題號                                                                           | 姓名 | 疾病／意外名稱 | 診治日期 | 就診醫院 | 是否住院                                                             | 是否手術                                                     |
|             |                                                                              |    |         |      |      | <input type="checkbox"/> 是,約_____天<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |
|             |                                                                              |    |         |      |      | <input type="checkbox"/> 是,約_____天<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |
|             |                                                                              |    |         |      |      | <input type="checkbox"/> 是,約_____天<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |

【本健康告知聲明書如有塗改,請於塗改處簽名】

## 三、同意事項:請詳閱被保險人資料「個資告知書及特種個資同意書」

被保險人同意暨簽名: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

未成年人其法定代理人簽名: \_\_\_\_\_  
(未滿七歲者或無行為能力人,由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名;  
七歲(含)以上未滿二十歲者,由本人及法定代理人簽名。)

日期: \_\_\_\_\_ 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<br>權<br>人 | 戶 名                                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 身 分 證<br>統 一 編 號                         |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | <input checked="" type="checkbox"/> 存簿帳號 |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | <input type="checkbox"/> 劃撥帳號            |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 聯 絡 電 話                                  | (宅) (公)<br>(手機)        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 聯 絡 地 址                                  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                                          | 授權人用印（請蓋原留印鑑）          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                                          | 授 權 書 填 寫 日 期<br>年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                 |                                                               |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 委<br>託<br>機<br>構<br>確<br>認<br>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<br>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