

臺灣銀行股份有限公司採購部 代理衛生福利部辦理集中採購 各機關、學校志工意外團體保險

傷害暨健康險部 103年11月06日

招標案號：LP5-101109

四大重要事項:

- 保障內容介紹
- 如何辦理投保
- 如何辦理加保/退保
- 如何申辦理賠

1.保障內容介紹

-1.1要保單位適用機關

- 係指總統府、立法院、司法院、考試院、監察院、行政院、考選部、公務人員保障暨培訓委員會、公務人員退休撫卹基金監理委員會、內政部、外交部、國防部、財政部、教育部、法務部、文化部、經濟部、交通部、蒙藏委員會、僑務委員會、行政院主計總處、行政院人事行政總處、衛生福利部、國家發展委員會、國軍退除役官兵輔導委員會、國立故宮博物院、行政院原子能委員會、科技部、行政院農業委員會、中央銀行、勞動部、行政院環境保護署、行政院大陸委員會、公平交易委員會、行政院海岸巡防署、福建省政府、臺灣省政府、臺灣省諮議會、客家委員會、金融監督管理委員會、國家通訊傳播委員會、國家安全會議、國家安全局暨所屬機關(構)、**學校、公營事業**

1.保障內容介紹

-1.1要保單位適用機關

- **臺北市**政府、**新北市**政府、**臺中市**政府、**臺南市**政府、**高雄**市政府、**基隆**市政府、**桃園**縣政府、**新竹**縣政府、**新竹**市政府、**苗栗**縣政府、**彰化**縣政府、**南投**縣政府、**嘉義**縣政府、**雲林**縣政府、**嘉義**市政府、**屏東**縣政府、**宜蘭**縣政府、**花蓮**縣政府、**臺東**縣政府、**澎湖**縣政府、**金門**縣政府、**連江**縣政府暨所屬機關(構)、學校、公營事業等。
- **臺北市**議會、**新北市**議會、**臺中市**議會、**高雄市**議會、**基隆**市議會、**桃園**縣議會、**新竹**市議會、**彰化**縣議會、**嘉義**市議會、**宜蘭**縣議會、**花蓮**縣議會、**臺東**縣議會、**澎湖**縣議會、**金門**縣議會、**連江**縣議會。

1.保障內容介紹

-1.2投保內容—志工意外團體傷害保險

- 係指於投保本契約之各機關、學校領有志願服務手冊之領冊志工，並記載於要保單位要保時所檢附之被保險人名冊內者。
- **本案第1組-特定傷害保險**:保險期間係指被保險人於本契約有效期間內投保（如於本契約生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起），於**執行勤務期間(含往返交通前後各2小時內)因遭受意外事故**，致其身體蒙受傷害而致身故、殘廢、需要門診或住院治療者，依照本契約約定，給付保險金。前項所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外來突發事故。

1.保障內容介紹

-1.3給付項目

- **身故保險金的給付、殘廢保險金的給付**(依殘廢程度與保險金給付表) 因同一意外傷害事故致成殘廢後身故，並符合本契約申領條件時，本公司之給付總金額合計最高以保險金額為限。
- **醫療保險金之給付**以全民健康保險之保險對象身分經醫院或診所以門診方式治療時，按門診期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之費用核付。
- 不以全民健康保險之保險對象身分門診治療；或前往不具有全民健康保險之醫院或診所門診治療者，致各項醫療費用未經全民健康保險給付，本公司依被保險人實際支付之費用之百分之六十五給付，但最高給付金額仍受前項之限制。
- **住院醫療保險金**因意外事故傷害住院治療時，每日給付新臺幣壹仟元或貳仟元(詳保障內容)

1.保障內容介紹

-1.4 給付金額與保費

特定傷害保險: 第一組 第1項、第2項、第3項

職類類別: 按臺灣地區傷害保險個人職業分類表

投保年齡: 無限制

投保期間**固定選項**: 1個月 3個月 6個月 12個月

組別/項次	職業類別	保險金額(元)		每人保險期間保費(元)			
		死亡/殘廢	(1)傷害醫療 (2)住院日額	1個月	3個月	6個月	12個月
1-1	1類 2類 3類	100萬	(1) 30,000 (2) 1,000	4	8	16	24
1-2	1類 2類 3類	300萬	(1) 30,000 (2) 2,000	11	25	47	72
1-3	4類 5類 6類	300萬	(1) 30,000 (2) 2,000	24	57	105	162

1.保障內容介紹

-1.5 期間

-1.5.1 供應契約期限

共同供應契約提供洽定期間為二年
103年11月6日起二年內均可洽定

-1.5.2 約定保險期間

洽定投保期間**固定選項**:

- 1個月 (例如:自中華民國104年1月1日**午夜12時**至104年2月1日**午夜12時止**)
- 3個月 (例如:自中華民國104年1月1日**午夜12時**至104年4月1日**午夜12時止**)
- 6個月 (例如:自中華民國104年1月1日**午夜12時**至104年7月1日**午夜12時止**)
- 12個月 (例如:自中華民國104年1月1日**午夜12時**至105年1月1日**午夜12時止**)

Q&A(納保範圍)

➤ Q: 尚未領有手冊志工能不能保?

A: 由適用機關認定用印於要保時所檢附之名冊內者可以保

➤ Q: 職業類別怎麼分?

A: 依照參加志工工作性質分類(查職業類別分類表)

➤ Q: 我們志工團體自行舉辦旅遊時能不能保?

A: 無法納保，因履約之條件為執行志工服務工作或以支援活動服務工作為內容。但本公司服務人員仍可為您安排其他適用之保險。

2.我要投保流程

(依契約條款第七條訂購方式辦理)

步驟一:洽總公司

25075335分機209

李倫理先生

步驟二:指派專責
窗口主動聯繫您!

步驟三:(電子直接
訂購)電子採購網(
網址 : [http :
//web.pcc.gov.tw](http://web.pcc.gov.tw))

新產依名冊
出單收費

- 新光產物匯款帳號
- 000000000(由新產提供)

步驟二

準備資料契約附件三~一

- 出隊服務表(三~三)
- 費用明細表(總人數、保費)
- 投保資料表(志工名冊)
- 要保書

步驟三

臺銀(電子訂購網問題)

- 窗口:李先生
(02)23494258

辦理時間

每月25日前洽訂次月保險

- 例: 預計104/01/01起保須提前
於103/12/25日前洽訂

2.我要投保

-2.1提供出隊服務表

契約條款附件三~三

LP5-101109 志工意外團體保險【志工出隊服務表】

『第1組-特定傷害保險(執行勤務期間)，各志願服務管理運用單位應於每月月底25日前提出次月【志工出隊服務表】予立約商(保險公司)，若有異動，於出隊前填報予立約商(保險公司)。』

基本資料	
單位名稱	台中市政府社會局
領隊	團隊編號： 聯絡電話：04-2687-9275
出隊志工	志工姓名：鍾枝、羅鴻、周山、詹霜、梁良、黃男、林勝、蔡梅、林政、熊珍、陳惠、郭滿、朱華、王葉、李志、李仙、謝薰、陳福、陳蓮、陳裕。 共20人
服務內容	支援「2014 鐵砧山樂活健走」活動。
服務地點	臺中市大甲區成功路325號 永信運動公園內
服務對象	參加健走活動民眾。
聯絡資料	聯絡人：潘詩茜 職稱：專員 聯絡電話：04-2687-9275
服務日期	103年11月23日至103年11月23日，共計1天計 小時
服務期間	出發時間：6時00分自住處出發，預定7時30分到達服務地點 回程時間：12時00分從服務地點出發，預定14時00分到達住處 服務時間：4.5小時

2.我要投保

-2.2提供人數、費用明細表

新光產物保險股份有限公司

志工意外團體保險

參加志工人數及保險費用明細表

投保期程：1個月 3個月 6個月 1年

項 目	人 數	保險費金額	說 明
繳交保險費志工	20	4	各項次投保明細如附件
合計	20	80	
繳款日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 即期支票 <input checked="" type="checkbox"/> 金融機構匯款	金融機構匯款請附匯款單影本。(匯款單請註明機關名稱)

投保機關名稱：台中市社會局 (機關代號：)

機關首長：●●●● (簽章) 經辦人：潘詩茜 (簽章)
(或職務代理人)

機關地址：43744 臺中市大屯區成發路 325 號 機關電話：04-2687-9275

2.我要投保

-2.3提供投保資料表(志工名冊) 電子檔

契約條款附件三~一

新光產物保險股份有限公司

志工意外團體保險投保資料表

台中市社會局

志工名冊

投保期程：1 個月 3 個月 6 個月 1 年

志工姓名	身份證字號	出生年月日	投保組別/項次
鍾枝	J[REDACTED]301	49年2月20日	1-1
羅鴻	L[REDACTED]409	57年2月20日	1-1
周山	R[REDACTED]992	46年6月1日	1-1
詹霜	L[REDACTED]123	43年5月22日	1-1

本單位計有上列志工共 20 人，參加本志工意外團體保險，茲檢附名冊乙份計 2 頁暨臺中市政府核准公文影本計 1 張，請查照。

此致

新光產物保險股份有限公司

投保機關名稱：[REDACTED]

機關首長：[REDACTED]
(或職務代理人)

經辦人：[REDACTED]



(簽章)

力保險

URANCE

2.我要投保 -2.4提供要保書



地址：台北市104建國北路二段15號 電話：(02)2507-5833
 免費申請電話：0800-403-188 傳真專線：0800-789-899
 當保人可諮詢本公司網站：http://www.shinkong.com.tw 或本公司各分公司、營業部、
 或各辦事處、分公司及親近親友查詢或索取說明書文件。

志工意外團體傷害保險 要保書

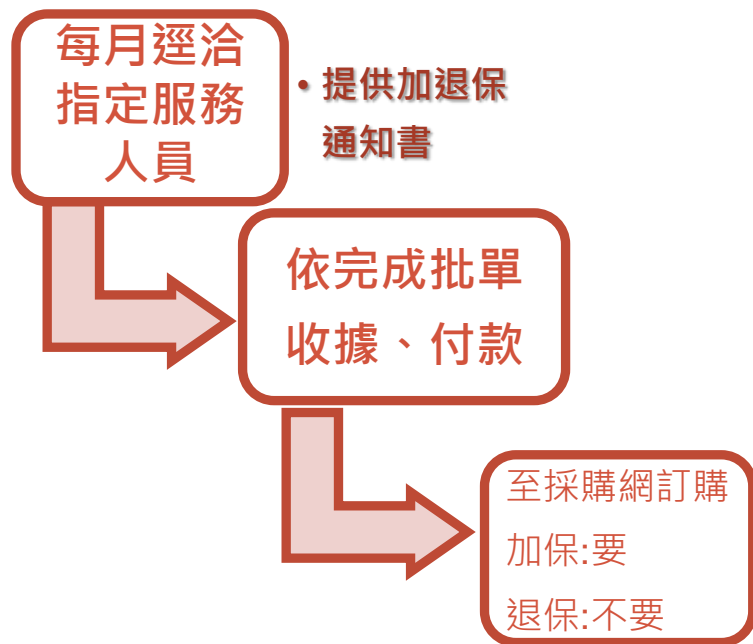
本保險單係由保單所有人與保險人簽訂之保險契約之重要文件。一經簽訂即生效力。凡有疑義時，應以本保險單之內容為準。本保險單之內容，係由保單所有人與保險人簽訂之保險契約之重要文件。一經簽訂即生效力。凡有疑義時，應以本保險單之內容為準。

保險單號碼 (由保險單號碼系統產生)	第 一 號	號本單係	號續單	申請日期	
要保單位				統一編號	
通訊地址				營業性質	
被保險人	共 20 人 (詳按保險人名冊)			電話	0- [redacted] - 15
保險期間	自民國 103 年 11 月 22 日中午 12 時起 至 民國 103 年 12 月 22 日中午 12 時止				
保險內容	保障內容		繳費金額	續費	
意外身故及殘廢保險金			100 萬元		
<input checked="" type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(實支實付型)			3 萬元		
<input checked="" type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(日額型)			1000 元/日	每次傷害給付最高 90 日	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 其他附加條款：					
<input type="checkbox"/> 其他附加條款：					
總保險費	新台幣	50 元整			
特別事項					
注意事項	本要保書當由被保險人親自簽蓋印章，如本人不能書寫，得委託書簽者為之，並應註明其經過。				
聲明事項	<p>委/被保險人聲明並同意：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一、本人(海峽兩岸、港澳地區)向保險公司購買本保險，並已將應繳保費如數繳清，自民國 103 年 11 月 22 日起生效。 二、本人(海峽兩岸、港澳地區)向貴公司購買本保險，自民國 103 年 11 月 22 日起生效，自民國 103 年 11 月 22 日起生效。 三、本人(海峽兩岸、港澳地區)向貴公司購買本保險，自民國 103 年 11 月 22 日起生效，自民國 103 年 11 月 22 日起生效。 <p>此致 新光產物保險股份有限公司</p>				
			要保單位簽章		負責人簽章



3.我要加保/退保流程

(依契約條款第七條訂購方式之契約條款附件三~一辦理)



- 新光產物匯款帳號
- **000000000000**(由新產提供)

辦理時間 月結 (每月辦理一次)

- 次月**10**日前辦理加保/退保。
- 例:保單期間**104/01/01~105/01/01**
第一次完成加退保時間**104/2/10**前
第二次完成加退保時間**104/3/10**前..類推

加退計算 短期係數

- 加保志工:當日起依短期計算
- 退保志工:以喪失志工身份日**次月**起計算
- 例如:保單期間**104/01/01/~105/01/01** 甲員**104/03/15** 喪失志工資格, 則保險認定退保起算日依規定應為**103/04/01**開始計

資料 通知書 (及電子檔)

- 契約變更申請書
- 每月加保、退保 名冊如表格
分開填寫、分開計算

3.1 提供契約變更申請書

新光產物保險

Shinkong Insurance Co., Ltd.

※請於申請變更項目打「√」..... 傷害暨健康保險契約變更申請書..... 申請日期：...年...月...日

保單號碼	要保人/ 被保險人	批單號碼
保險期間	批單有效期間	

契約變更事項如下：

1、資料更正：A. 要保人姓名：..... 身分證字號：..... 出生日期：..... 關係：.....
 B. 被保人姓名：..... 身分證字號：..... 出生日期：..... 關係：.....
 C. 戶籍 通訊地址變更：.....

2、職業變更：公司名稱：..... 工作內容：..... 職稱：..... (請詳述)

3、受益人 更正、 新增(若欄位不足，請於其它欄填寫)
 (1) 姓名：..... 身分證字號：..... 關係：..... 分配方式：
 順位
 (2) 姓名：..... 身分證字號：..... 關係：..... 均分

4、 終止契約/ 解除契約：原因：..... (需繳回保險單及收據)

5、送費付款方式：(三擇一)：支票、匯費由送費金額中扣除，但送費金額若低於郵資，匯費另須繳用交款簿。..
 交款簿：..... 支票抬頭：.....
 郵寄地址：..... 支票抬頭：.....
 匯款帳號：..... 銀行/郵局..... 分行/支局，帳號：..... (請提供存摺正面影本)

6、A. 變更信用卡資料 → B. 取消自動續保
 C. 新增 變更自動續保方式..... 超商繳費 信用卡，請同時填寫信用卡授權
※本人授權新光產物保險公司由本人下列信用卡帳戶扣除本期及續期(自動續保)應付之保險費。倘本人信用卡發生停用、遲繳、欠款、超額及其他信用敗落之情事致無法扣繳保險費所招致之損失，概由本人負責。本人將遵守信用卡合約之規定，並於終止授權時立即通知本公司。..

光產物保險

3.2提供加保/退保 通知書

..... 志工 .. 加保 .. / .. 退保 .. 通知書 ..

月份退保志工		中途喪失志工身份者		
退 保 志 工 資 料 碼	志工姓名	身份證字號	出生日期	喪失志工身份日期
				...年...月...日
				...年...月...日
				...年...月...日
				...年...月...日
				...年...月...日
	合計人數 人	應退還保費 元
加 保 志 工 資 料 碼	志工姓名	身份證字號	出生日期	轉入日期
				...年...月...日
				...年...月...日
				...年...月...日
				...年...月...日
				...年...月...日
	合計人數 人	應補收保費 元
總..... 計		<input type="checkbox"/> 應退還金額 / <input type="checkbox"/> 應補收金額 : <input type="text"/> 元 (每月...元/每人)		
投保機關代號 : → → → → <input type="checkbox"/> 投保機關名稱 : → → → → → → → →				
機關首長 : → → → → → (簽章)				
(或職務代理人) → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 經辦人 : → → → → → (簽章)				
中華民國.....年.....月.....日				

- 加退保分開填寫
- 加退保分別計算
- 加保志工:
 - 轉入日期=加保日
- 退保志工:
 - 喪失身份日期
 - =請固定填寫
 - o年o月1日

3.3加/退保計算表-短期費率

短期費率表

一、年繳(12個月)短期費率表：

期間	12個月	11個月	10個月	9個月	8個月	7個月	6個月	5個月	4個月	3個月	2個月	1個月	1日
對年繳保費比	100%	95%	90%	85%	80%	75%	65%	55%	45%	35%	25%	15%	5%

二、半年繳(6個月)短期費率表：

期間	6個月	5個月	4個月	3個月	2個月	1個月	1日
對半年繳保費比	100%	90%	80%	65%	50%	30%	10%

三、季繳(3個月)短期費率表：

期間	3個月	2個月	1個月	1日
對季繳保費比	100%	85%	55%	20%

四、月繳(1個月)短期費率表：

期間	1個月	1日
對季繳保費比	100%	6%

3.4 計算案例解說~

案例一：投保一年期

保期**103/12/01~104/12/01**

投保1-2組每人保費72元

(1)黃先生3/15日喪失志工資格，退多少元？

以**4/1**起算退保

保了**103/12/01-103/04/01** (4個月)

收 **$72\text{元} \times 45\% = 32\text{元}$**

故退保費 **$72 - 32 = 40(\text{元})$**

(2)王小姐於4/8日加入志工行列，加收多少元？

以**4/8**起算加保 共**227**天

未滿8個月以8個月短期計收

$72\text{元} \times 80\% = 58$

故加收保費**58元**

案例二：投保三個月

保期**104/03/15~104/06/15**

投保1-3組每人保費57元

(1)陳先生4/1日喪失志工資格，退多少元？

以**5/1**起算退保，保了**47**天，

未滿2月，以2個月計

收 **$57\text{元} \times 85\% = 48$**

故退保費 **$57 - 48 = 9(\text{元})$**

(2)高小姐於5/29日加入志工行列，加收多少元？

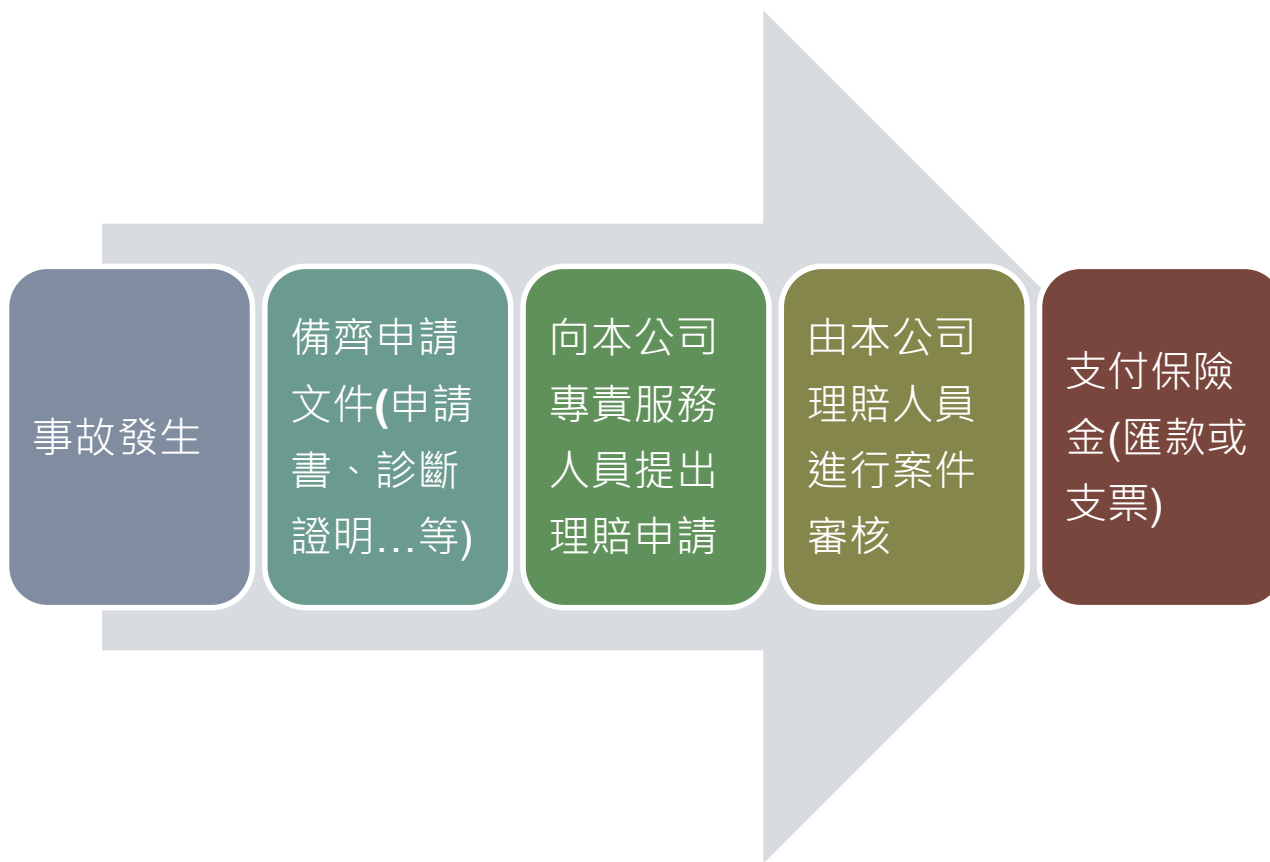
5/29起算加保 共**17**天

未滿1個月以1個月短期計收

$57\text{元} \times 55\% = 31$

故加收保費**31元**

4.我要申請理賠



4.1 理賠所需文件一覽

檢附文件 \ 申請項目	申請書	死亡證明	警方處理記錄	診斷書	醫療單據	除戶資料	受益人證明	其他必要文件
死亡保險金	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
殘廢保險金	✓		✓	✓	✓		✓	✓
傷害醫療保險金	✓		✓	✓	✓		✓	✓
住院日額保險金	✓		✓	✓	✓		✓	✓

4.2理賠申請之提醒

• 填寫保險金申請書

- 1.被保險人之個人基本資料，請務必填寫。
- 2.事故時間：請註明事故發生日期及時間（凌晨、上午或下午）。
- 3.事故發生經過：請就意外事故發生之人、事、時、地、物加以詳細說明
- 4.警方處理單位：若有報警處理，請填寫分局及派出所名稱、處理警員姓名及電話，並附上意外事故證明文件（交通事故證明單、車禍現場圖、等）；若未報警處理，請填寫無。
- 5.給付方式：**a.**匯款方式須檢附存摺影本，以利下款迅速正確。
b.開立支票被保險人 / 受益人 / 立聲明書人及授權書人簽章：請簽名或蓋章。
- 6.若被保險人或身故受益人未成年（即未滿二十歲），仍須簽章；另請法定代理人於法定代理人 / 監護人處簽章，並檢附關係證明文件（身份證影本或戶口名簿影本）。註：殘廢、醫療保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。
- 7.地址：請填寫通訊地址，以利理賠支票及理賠文件寄送。

理賠申請書填寫完畢後，檢附相關文件後送交本公司服務人員。

謝謝您的聆聽~

單位	服務窗口	聯絡電話	行動電話	E-mail	科主任
企二部	楊淑萍	022507-5335分機296	0910146266	grace@skinsurance.com.tw	施裕鋒
內湖	王守敏	02-26272026分機118	0939-178330	ski94095@skinsurance.com.tw	紀朝閔
士林分公司	洪煒翔	02-28287010分機145	0972-192-138	ski102207@skinsurance.com.tw	徐肇煌
汐止分公司	詹國富	02-24224191	0911-555-925	ski102196@skinsurance.com.tw	李璿鉉
蘭陽分公司	連敏伶	03-9552640分機216	0921-955660	Ski10041@skinsurance.com.tw	楊錫欽
蘭陽分公司	陳志平	03-8333008分機20	0932-381310	ski11002@skinsurance.com.tw	陳憲文
板橋分公司	李嘉周	02-22545568分機25	0918405028	ski01510@skinsurance.com.tw	許琇閔
三重展業處	何志宏	02-2985-8282分機29	0937826295	ski96073@skinsurance.com.tw	詹仲義
新莊展業處	陳雪	02-22770903分機16	0927991956	ski01841@skinsurance.com.tw	徐國恭
雙和分公司	葉馥賢	02-8226-2620分機120	0918676575	ski103040@skinsurance.com.tw	柳佳毓
桃園分公司	張慈芬	03-3384003分機15	0920283560	ski100242@skinsurance.com.tw	王淳鵠
中壢分公司	吳宜澄	03-4911808 分機 19	0981293886	ski103105@skinsurance.com.tw	陳品佐
新竹分公司	蔡志昇	03-5339121 分機72	0987721318	ski101065@skinsurance.com.tw	楊育煒
苗栗分公司	賴羿甫	03-352311分機25	0933515955	ski09036@skinsurance.com.tw	曾甲鋒

新光產物保險 竭誠為您服務

謝謝您的聆聽~

單位	服務窗口	聯絡電話	行動電話	E-mail	科主任
台中營一部	陳美儒	04-23206806分機140	0932642333	ski02134@skinsurance.com.tw	廖期琳
台中營二部	賴志豪	04-23221158分機102	0953-007175	ski101007@skinsurance.com.tw	陳延誠
大里展業處	蕭正勳	04-24069671分機130	0932-505463	ski02012@skinsurance.com.tw	涂信璋
豐原展業處	江秋霞	04-25290748分機102	0912-669839	ski71062@skinsurance.com.tw	宋岳霖
沙鹿分公司	吳品穎	(04)26620099分機30	0910074654	ski102136@skinsurance.com.tw	蔡孟吉
南投分公司	黃廖本港	049-2245747分機42	935380036	ski102149@skinsurance.com.tw	李柏辰
彰化分公司	林秀珍	04-7242147分機16	0921-387887	ski03051@skinsurance.com.tw	陳怡青
員林分公司	李小麗	04-8355151分機115	0938-525080	ski03093@skinsurance.com.tw	林錫炎
嘉義分公司	黃冠中	05-2253190分機29	0985557207	ski101153@skinsurance.com.tw	林芳君
虎尾分公司	蔡書容	05-6321389分機20	0917203792	ski95005@skinsurance.com.tw	廖明山
斗六分公司	林甄晏	05-5352412分機15	0912-603420	Ski094037@skinsurance.com.tw	周素環
台南營一部	李秋萱	06-2271313分機317	0929-653737	ski100177@skinsurance.com.tw	黃國財
新營分公司	林志鴻	06-6356569分機112	0935-605775	ski101151@skinsurance.com.tw	廖庭永
新營分公司	梁明宗	06-7210046	0929069316	ski07052@skinsurance.com.tw	王志銘
高雄營一部	林志平	(07)2383531	0932797490	ski05105@skinsurance.com.tw	陳維德
高雄營二部	關筠蓓	07-2353197分機619	0912733313	ski103038@skinsurance.com.tw	涂智明
北高展業處	邱奕翔	07-2386006 分機101	0932734575	ski103109@skinsurance.com.tw	顏世昭
鳳山分公司	林暉珊	07-7456131分機301	0939415433	z99712112@gmail.com	吳慶坤
屏東分公司	周琳玲	08-7382000 分機37	0937389989	ski101266@skinsurance.com.tw	施俊宇

新光產物保險 竭誠為您服務

