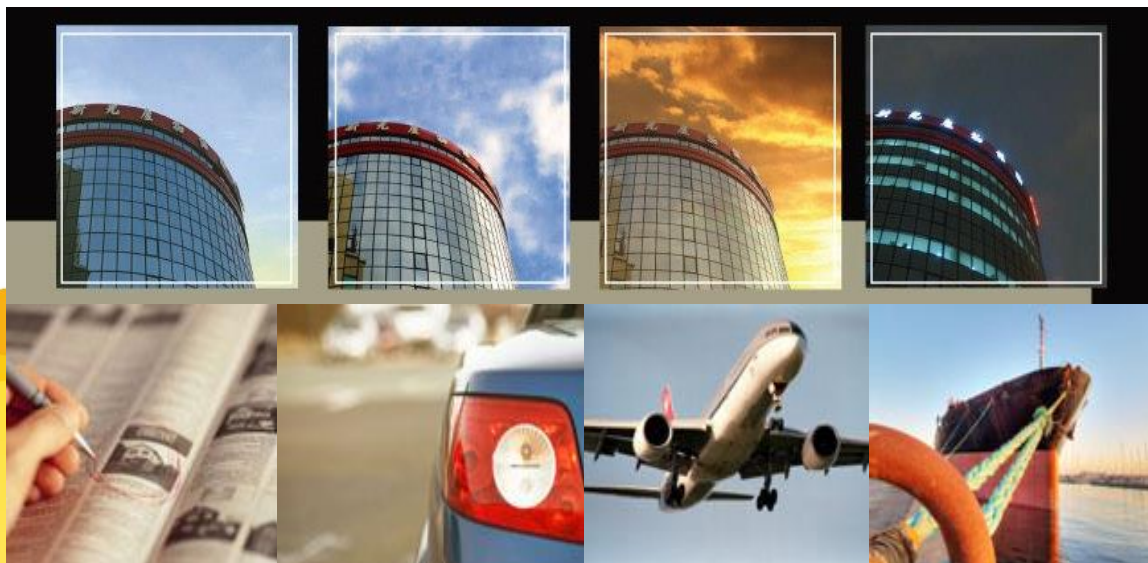


# 『法務部109年度鄉、鎮、市(區)公所調解委員會調解委員團體意外險採購案』

案號:W1081005



# 簡報大綱

- 保障內容說明
- 投保流程說明
- 加退保流程說明
- 理賠申請流程說明
- 服務窗口

# 保障計劃說明

1.保險期間:109年1月1日0時起至109年12月31日24時止

2.保障內容:

保障內容	保險金額
每一人意外身故保額	80萬元
每一人意外失能保額	80萬元(依失能等級表給付)
每次意外事故實支實付保額	3萬元
每次意外事故住院日額保險金	2,000元(最高90天)

3.承保對象:各鄉、鎮、市(區)公所之調解委員(已取得正式聘書)。

4.承保範圍:被保險人於契約期間遭受外來、突發、且非由疾病所產生之意外事故致其體傷、失能或死亡，本公司依契約給付各項保險金。

# 投保流程說明



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

## 步驟一

至法務部官方網站  
下載投保名冊



## 步驟二

要保書、名冊填  
寫完成並email至  
本公司服務窗口  
(寄送附件含名冊  
電子檔及用印完  
成之名冊影本，  
正本無須寄回)



## 步驟三

本公司進行審核，  
若有身分證字號或  
生日錯誤之情事，  
會再照會通知

# 填寫範例說明-首次投保名冊

團體傷害保險被保險人名冊(法務部調解委員會專用)

本名冊附於並構成整個要保書

編號	被保險人姓名	身分證號碼	出生日期	服務單位	工作內容	保險金額					身故保險金 受益人		保險費 新台幣 (元)
						意外身故 失能 (萬元)	傷害醫療 日額型 (元/日)	傷害醫療 加護病房 (元/日)	傷害醫療 實支實付型 (萬元)	其他附 加條款	姓名	關係	
1	<b>李小明</b>	<b>A100000000</b>	<b>80/08/30</b>	<b>台北市松山區</b>	調解委員	80	2000			3	<b>法定</b>		
2	基本資料(姓名、身分證字號、出生年月日、服務單位)請填寫正確。			工作內容及保額為固定、無須更動。			受益人可指定被保險人父母、子女、配偶、法定繼承人，未填寫視為法定繼承人。						
3													
4	紅色粗體字為必填欄位，共 <b>五</b> 處												

- 1.此名冊為首次投保專用名冊。
- 2.可自行加頁、一單位以一份名冊為主。
- 3.填寫完成後請務必核對，並於名冊右下角空格用印。(各縣市機關或調解委員會用印，僅須用印第一頁)
- 4.核對完成後連同用印完成之名冊及電子檔一併E-MAIL至[f2-656@skinsurance.com.tw](mailto:f2-656@skinsurance.com.tw)

# 加退保流程說明



新光產物保險  
SHINKONG INSURANCE

## 步驟一

至法務部官方網站  
下載加退保名冊



## 步驟二

加退保名冊填寫  
完成並email至本  
公司服務窗口  
(寄送附件含加退  
保名冊電子檔及  
用印完成之加退  
保名冊影本，正  
本無須寄回)



## 步驟三

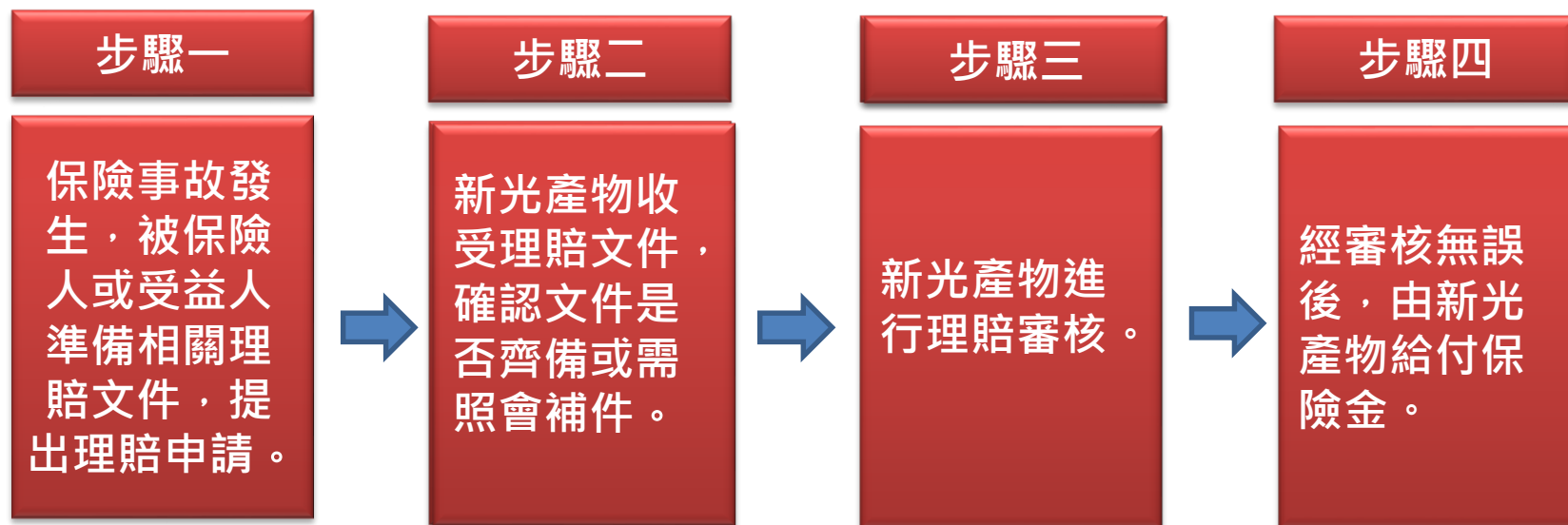
本公司進行審核  
，若有身分證字  
號或生日錯誤之  
情事，會再照會  
通知

## 團體傷害保險加退保名冊(法務部調解委員會專用)

編號	加/退保	生效日(00時)	被保險人姓名	身分證號碼	出生日期	服務單位	工作內容	保險金額					身故保險金受益人		保險費 新台幣 (元)
								意外身故 失能 (萬元)	傷害醫療 日額型 (元/日)	傷害醫療 加護病房 (元/日)	傷害醫療 實支實付型 (萬元)	其他附 加條款	姓名	關係	
1	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保	109/03/01	李小明	A10000000	80/08/30	台北市松山區	調解委員	80	2000			3	法定		
2	生效日即為加/退保生效日期			基本資料(姓名、身分證字號、出生年月日、服務單位)請填寫正確。			工作內容及保額為固定、無須更動。			受益人可指定被保險人父母、子女、配偶、法定繼承人，未填寫視為法定繼承人。					
3	紅色粗體字為必填欄位，共七處														
4															

- 1.此名冊為中途加退保專用名冊。
- 2.可自行加頁、一單位以一份名冊為主。
- 3.填寫完成後請務必核對，並於名冊右下角空格用印。(各縣市機關或調解委員會用印，僅須用印第一頁)
- 4.核對完成後連同用印完成之名冊及電子檔一併E-MAIL至[f2-656@skinsurance.com.tw](mailto:f2-656@skinsurance.com.tw)

理賠窗口:邱怡萍 TEL:2507-5335#321





應備文件	意外身故	意外失能	傷害醫療
理賠申請書	✓	✓	✓
死亡證明書	✓		
相驗屍體證明書	✓		
除戶戶籍謄本	✓		
受益人戶籍謄本	✓	✓	
診斷證明書		✓	✓
失能診斷書		✓	
醫療單據			✓
意外傷害證明	✓	✓	✓

# 填寫範例說明

 **新光產物保險** 傷害健康保險金申請書

基本資料欄位需  
填寫完整

新申請  續賠件

被保險人基本資料

賠案編號

保單號碼	0008IGP0000001	姓名	王小明	身分證號碼	A123*****	出生日期	68年1月1日
服務單位	松山區公所	職稱/工作內容	調解委員	公司電話	02-2222-1111		

事故\疾病發生概述 (一張申請書限申請一次事故)

事故日期	108年1月8日12時	事故地點	台北市建國北路及長春路口
申請項目	<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 失能保險金 <input checked="" type="checkbox"/> 意外醫療保險金 <input type="checkbox"/> 健康醫療保險金 <input type="checkbox"/> 其他		

事故或病發經過說明(請詳述事故發生原因,何時發生,經過情形,務必據實填寫,以免影響權益)

騎機車與汽車發生擦撞,致右腳擦傷,右腕骨骨折

事故日期、地點及  
經過須清楚描述

<input type="checkbox"/> 由警方處理	分局 <u>長春</u> 派出所	是否投保其他家傷害(健康)保險? <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是,請告知 _____ 公司
	員警電話: _____	是否曾因此(或類似)病症接受治療? <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請告知醫院名稱 _____、病名 _____、看診日 _____



調查同意暨聲明書

- 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。
- 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。
- 立同意書人因向新光產物保險股份有限公司(下稱新光產物)申請被保險人 王小明 ( 68 年 1 月 1 日生；身分證號 A123\*\*\*\*\* ) 保險給付之需要，以保險契約受益人 ( 與被保險人關係 本人 ) 之身分，同意貴醫療院所、健保署、檢驗所、地檢署、警察 ( 分 ) 局、派出所、消防、救護及各保險公司等相關機關/單位協助並提供新光產物所指派之人員 調閱、抄錄、影印或詢問 被保險人 ( 病名： ) 之就診且不限科別之相關病歷、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用。
- 立同意書人已詳閱申請書次頁「產險業履行個人資料保護法告知」內，蒐集、電腦處理及利用本人之個人資料，並將前開資料轉送同業公會、財團法人保險犯罪防制中心及財團法人保險事業發展中心電腦連線資料。
- 若提出身故理賠時，為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書 ( 或 ) 內容之真實性，立同意書人同意並委託新光產物就本同意書為影印使用且本同意書之影本與正本具同等效力。

此致 新光產物保險股份有限公司及各有關醫療院所暨相關單位

立同意書人(即受益人)： 王小明

身分證字號： A123\*\*\*\*\* (簽章)

申請日期： 中華民國 年 月 日

法定代理人：

身分證字號：  (簽章)

**需確認有無蓋收件章**

**若被保險人未滿20歲，法代寫簽名**

**寫留下手機號碼以利理賠簡訊通知**

聯絡地址 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	聯絡(行動)電話 <input type="checkbox"/>	
		E-MAIL <input type="checkbox"/>	

### 付款方式

若蒙貴公司核付保險金，同意依下列  勾選之給付方式辦理（未勾選則以支票給付）。

支票：一律開具指名受益人、禁止背書轉讓、劃線之支票，若有特殊原因欲取消禁背者請另填寫「票」

1. 郵寄地址：\_\_\_\_\_

2. 同上開立同意書人聯絡地址。

3. 交經辦。

匯款至申請人或受益人帳戶。

匯款至法定代理人（被保險人之  父  母  其他）帳戶（限未滿二十足歲之醫療保險金受益人，並於本公司將款項匯出時，視為受益人已承認對其為給付），並檢附足以證明關係之證明文件（如：戶騰等）。\*本人（被保險人之  父  母  其他）\_\_\_\_\_ 同意授權予另一法定代理人受領保險金。

立同意書人（即受益人）同意貴公司將給付之保險金匯入下列指定之金融機構帳戶內，並聲明下列帳戶確為立同意人之帳戶，若因提供之資料有誤或字跡不清造成誤匯者，概由立同意書人自行負責，且視同保險金已給付。

戶名	金融機構及分行	金融機構及分行代號	帳號
王小明			
送件人姓名	送件人編號	送件人 ID	電話號碼

保險金給付方式務必勾選，另建議檢附存摺影本；若係匯款予法定其中一人，另一人須於下方欄位簽名授權。

窗口	姓名	電話	傳真	E-MAIL
服務人員	簡麗娟	(02)2507-5335#531	(02)2507-6280	<a href="mailto:f2-656@skinsurance.com.tw">f2-656@skinsurance.com.tw</a>
核保	盧建廷	(02)2507-5335#653	(02)2517-4786	<a href="mailto:luchienting@skinsurance.com.tw">luchienting@skinsurance.com.tw</a>
批改	劉懿萱	(02)2507-5335#207	(02)2517-4786	<a href="mailto:ski95084@skinsurance.com.tw">ski95084@skinsurance.com.tw</a>
理賠	邱怡萍	(02)2507-5335#331	(02)2517-4786	<a href="mailto:yipingchiu@skinsurance.com.tw">yipingchiu@skinsurance.com.tw</a>