



# 法務部114年度鄉、鎮、市(區)公所調解委員會調解委員 團體意外險採購案保險相關事宜

新光人壽保險股份有限公司 團體意外險部

# 目錄

- 保險內容
- 保障內容簡介
- 理賠作業流程
- 加退保申請



## 保險內容

- ◆ **保險對象**：由各直轄市、縣(市)政府依其權責確認並已取得聘書的調解委員
- ◆ **保險期間**：自114年01月01日零時至115年01月01日零時
- ◆ **保險範圍**：  
被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外，致其身體蒙受傷害而致失能或死亡，或經登記合格的醫院、診所治療而產生的醫療費用，本公司依照本契約的約定，給付保險金。
- ◆ **受益人**：  
身故保險金受益人為法定繼承人，失能及醫療保險金受益人為被保險人本人。  
**身故保險金要指定受益人需另填寫身故保險金受益人指定暨變更申請書才能指定受益人。**

# 保險內容

## ◆ 保險內容：

年齡區間:承保年齡至85歲(含85歲)，免體檢不用核保。

- (一) 因意外傷害事故致死亡者，每人給付身故保險金新台幣50萬元整。
- (二) 因意外傷害事故致失能者，每人依其失能等級給付失能保險金給，最高至50萬元整。
- (三) 因意外傷害事故致體傷者，每人給付傷害醫療保險金(含骨折為住院附X光片)，每次以1萬元整為上限(需檢附健保身分就醫之醫療機構之收據正本或副本(需用印醫院關防)，採實支實付方式)
- (四) 因意外傷害事故致傷害者，其需住院治療，每人給付傷害住院保險金每日500元整，每年最高以90天為限。

## 傷害保險

- 被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致死亡或失能或重症燒燙傷時，本公司依照契約的約定內容給付身故保險金或殘廢或重症燒燙傷保險金。
- 因意外傷害事故造成之殘廢給付，共分為11級75項，保險金額的5~100%。
- 被保險人於保險期間內，因遭受意外傷害事故致其重症燒燙傷時，依投保金額×35%。



意外

非因疾病引起之外來突發事故

## ● 傷害醫療保險(實支實付)

- 被保險人於本契約有效期間內，因遭受**意外傷害事故**，致其身體蒙受傷害，自意外傷害事故發生之日起**180日**以內，就其**自行支出的醫療費用**，給付「傷害醫療保險金」。
- 於保險金額**限額內實支實付**。
- 已獲得全民健康保險給付的部分，不再給付保險金，未以全民健康保險就醫者或自費用藥的醫療費用會打**六五折**給付。為避免理賠上的爭議，建議接受合格西醫診治療為宜。
- 因意外傷害事故導致齒斷裂，斷裂之牙齒每顆為**5,000元**為限，最高總合為保額。



## 傷害住院日額保險

- 被保險人於保險期間內，因遭受意外傷害事故所致住院，本公司自該被保險人住院治療之日起，按其投保之「傷害住院日額」乘以實際住院日數，給付該被保險人之傷害住院日額保險金。但每次傷害給付日數不得超過九十日。
- 被保險人因遭受意外傷害事故蒙受骨折未住院治療者，或已住院但未達到骨折表所定日數者，其未住院部份本公司依規定給付。
- 被保險人於保險期間內遭受意外傷害事故，另按契約約定之「傷害住院保險日額」乘以其實際住進加護病房之日數，給付「加護病房保險金」。每次傷害給付日數不得超過四十五日。

## 骨折未住院保險金

※如同時蒙受上列二項以上骨折時，僅給付一項較高等級的保險金。

被保險人因遭受意外傷害事故蒙受骨折未住院治療者，或已住院但未達到骨折別所定日數表，其未住院部份本公司按右列骨折別所定日數乘「傷害住院日額」。合計給付日數以按骨折別所定日數為上限。

前項骨折給付分為：

完全骨折---日額的 $\frac{1}{2}$ ，不完全骨折---日額的 $\frac{1}{4}$ ，骨骼龜裂---日額的 $\frac{1}{8}$

### 傷害住院日額保險 - 骨折別給付天數

| 骨折別               | 給付天數 | 骨折別                  | 給付天數 |
|-------------------|------|----------------------|------|
| 1.鼻骨、眶骨(含顴骨)      | 14   | 11.骨盤(包括腸骨、恥骨、坐骨、薦骨) | 40   |
| 2.掌骨、指骨           | 14   | 12.臂骨                | 40   |
| 3.蹠骨、趾骨           | 14   | 13.橈骨及尺骨             | 40   |
| 4.下顎(齒槽醫療除外)      | 20   | 14.腕骨(一手或雙手)         | 40   |
| 5.肋骨              | 20   | 15.脛骨或腓骨             | 40   |
| 6.鎖骨              | 28   | 16.踝骨(一足或雙足)         | 40   |
| 7.橈骨或尺骨           | 28   | 17.頭蓋骨               | 50   |
| 8.膝蓋骨             | 28   | 18.股骨                | 50   |
| 9.肩胛骨             | 34   | 19.脛骨及腓骨             | 50   |
| 10.椎骨(包括胸椎、腰椎及尾骨) | 40   | 20.大腿骨頸              | 60   |



## 保險除外(責任)原因

被保險人因下列原因致成死亡、失能或傷害時，本公司不負給付保險金的責任：

- 一、要保人、被保險人的故意行為。
- 二、被保險人犯罪行為。
- 三、被保險人飲酒後駕（騎）車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。
- 四、戰爭（不論宣戰與否）、內亂及其他類似的武裝變亂。但契約另有約定者不在此限。
- 五、因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染但契約另有約定者不在此限。前項第一款情形（除被保險人的故意行為外），致被保險人傷害或失能時，本公司仍給付保險金。

車禍需附事故三聯單或初判表 釐清是否為酒駕  
若無報警可附急診病歷或出院病歷

## 服務人員分配

起保名冊MAIL窗口:

ryan197888@gmail.com

請各縣市彙整完成後再MAIL

加退保名冊MAIL窗口:

ryan197888@gmail.com

以上表格不用用印 MAIL寄出即可 窗口收到會回覆

名冊窗口姓名:陳國偉 連絡電話:0922-226-541

理賠服務窗口:李宛如

電話:02-2257-2710分機13

手機:0935-868-387

MAIL:a0935868387@gmail.com

理賠寄送地址:220新北市板橋區民生路1段3號11樓之3

# 理賠申請書

機密等級：機密

## 團體保險理賠申請書

※請詳閱次頁「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」、「給付約定事項」及「申請注意事項」說明。

申請日期：113年01月15日

|                                                                                       |                                                                                                                                                |                     |                                             |          |                               |   |                               |   |                                  |   |   |           |                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|----------|-------------------------------|---|-------------------------------|---|----------------------------------|---|---|-----------|------------------------------------------------------------------------|
| 要保單位                                                                                  | 法務部(調解委員)                                                                                                                                      |                     | 保單號碼                                        |          |                               |   |                               |   |                                  |   |   |           |                                                                        |
| 員工資料                                                                                  | 員工姓名                                                                                                                                           | 李新光                 |                                             | 部門別/員工代號 |                               |   |                               |   |                                  |   |   |           |                                                                        |
|                                                                                       | 身分證統一編號                                                                                                                                        | A                   | 1                                           | 2        | 3                             | 4 | 5                             | 6 | 7                                | 8 | 9 | 聯絡電話/行動電話 | 0912345678                                                             |
|                                                                                       |                                                                                                                                                | E-Maill address     |                                             |          |                               |   |                               |   |                                  |   |   |           |                                                                        |
| 事故人及申請項目                                                                              | 姓名                                                                                                                                             | 同上                  |                                             |          |                               |   |                               |   |                                  |   |   | 與員工關係     | <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶     |
|                                                                                       | 身分證統一編號                                                                                                                                        | 同上                  |                                             |          |                               |   |                               |   |                                  |   |   |           | <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母                |
|                                                                                       | <input type="checkbox"/> 身故保險金                                                                                                                 |                     | <input type="checkbox"/> 失能保險金              |          | <input type="checkbox"/> 重大疾病 |   | <input type="checkbox"/> 手術津貼 |   | <input type="checkbox"/> 住院醫療保險金 |   |   |           |                                                                        |
|                                                                                       | <input type="checkbox"/> 癌症醫療保險金                                                                                                               |                     | <input checked="" type="checkbox"/> 傷害醫療保險金 |          | <input type="checkbox"/> 門診給付 |   | <input type="checkbox"/> 其他   |   |                                  |   |   |           |                                                                        |
|                                                                                       | <input type="checkbox"/> 申請收據差額給付                                                                                                              |                     |                                             |          |                               |   |                               |   |                                  |   |   |           |                                                                        |
|                                                                                       | <input type="checkbox"/> 職業災害<br>※要保單位是否已先行給付應付之保險金？<br><input type="checkbox"/> 是 請提供【職業災害補償墊付證明暨債權讓與同意書】及其相關證明文件。 <input type="checkbox"/> 否 |                     |                                             |          |                               |   |                               |   |                                  |   |   |           |                                                                        |
| 事故種類： <input type="checkbox"/> 疾病 <input checked="" type="checkbox"/> 意外(請詳填「意外事故內容」) |                                                                                                                                                |                     |                                             |          |                               |   |                               |   |                                  |   |   |           |                                                                        |
| 意外事故內容                                                                                | 發生時間                                                                                                                                           | 113 年 01 月 14 日 9 時 |                                             |          |                               |   |                               |   |                                  |   |   | 請經簡述事故過程  | ※如有報案或警方證明文件或報章雜誌等媒體報導，請提供剪報或相關資料。<br><br><b>騎車與對向來車擦撞有報警(需附事故三聯單)</b> |
|                                                                                       | 事故地點                                                                                                                                           | 板橋民生及文化路口           |                                             |          |                               |   |                               |   |                                  |   |   |           |                                                                        |
|                                                                                       | 處理事故單位/承辦人員/聯絡電話(分局/派出所/地檢署)                                                                                                                   | 李XX (無則免填)          |                                             |          |                               |   |                               |   |                                  |   |   |           |                                                                        |

※申請書除虛線灰底欄位視需要填載外，其餘資料請詳細填寫，

|                  |        |                                                                                                                                                                                                                                                |  |               |  |           |  |                     |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|-----------|--|---------------------|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 給<br>付<br>方<br>式 | 匯<br>款 | <input checked="" type="checkbox"/> 匯款至申請人或受益人帳戶； <input type="checkbox"/> 使用前次理賠匯款成功帳戶。<br><input type="checkbox"/> 匯款至法定代理人帳戶（僅限醫療保險金受益人為未成年且金額未達新臺幣五十萬元，並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時，視為受益人已承認對其給付。），並檢附足以證明關係之證明文件（如：戶籍謄本、戶口名簿等）。<br>請另填下列『金融機構匯款同意書』 |  |               |  |           |  |                     |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |        | <b>金融機構匯款同意書</b>                                                                                                                                                                                                                               |  |               |  |           |  |                     |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |        | 立同意書人（即申請人）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（請參次頁填寫範例及說明）內，並聲明下列帳戶確為立同意書人之帳戶，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；若致無法匯款或匯款金額逾限額者，同意 貴公司一律改以支票支付，絕無異議。                                                                                           |  |               |  |           |  |                     |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |        | 戶名(受益人或收款人)                                                                                                                                                                                                                                    |  | 金融機構及分行名稱     |  | 金融機構及分行代號 |  |                     |  | 帳 號(郵局需含局號) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 李新光              |        | 新光銀行長安分行                                                                                                                                                                                                                                       |  | 0 1 3 0 6 1 1 |  |           |  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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 貴公司基於核保、理賠、申訴等相關保險業務、服務、法令規範之需要，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所規定，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、醫療及健康檢查等個人資料。

申請項目為身故保險金者，為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書（或死亡證明書）內容之正確性，本人（受益人）同意 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對，以作為保險金給付審核之參考。

可以附存摺影本，  
直接寫(詳附件)

要保單位蓋章： 法務部(調解委員)

此致 新光人壽保險股份有限公司

申請人(即受益人)簽章： 李新光(要用簽名不可用印章代替)

法定代理人  
監護人 輔助人 簽章：

外籍英文姓名：

外籍英文姓名：

身分證統一編號： A12345678

身分證統一編號：

出生年月日： 70 年 01 月 11 日/國籍： 中華民國

出生年月日： 年 月 日/國籍：

聯絡地址：(郵遞區號 220) 新北市板橋區民生路1段3號11樓之3

聯絡(行動)電話：( ) 0912345678



# 醫療理賠申請所需檢附文件

| 申請項目            | 身故      |      | 殘廢 |            | 重大疾病／首次罹患癌症 | 醫療        |      | 骨折未住院津貼 | 失蹤／意外失蹤 |
|-----------------|---------|------|----|------------|-------------|-----------|------|---------|---------|
|                 | 疾病／癌症身故 | 意外身故 | 全殘 | 部分殘廢／重大燒燙傷 |             | 傷害醫療／住院醫療 | 癌症醫療 |         |         |
| 具備文件            |         |      |    |            |             |           |      |         |         |
| 理賠申請書           | ●       | ●    | ●  | ●          | ●           | ●         | ●    | ●       | ●       |
| 死亡證明書           | ●       |      |    |            |             |           |      |         | ●       |
| 相驗屍體證明書         |         | ●    |    |            |             |           |      |         |         |
| 被保險人之除戶戶籍謄本     | ●       | ●    |    |            |             |           |      |         | ●       |
| 受益人身分證明         | ●       | ●    | ●  |            | ●           |           |      |         | ●       |
| 診斷證明書／殘廢診斷書(殘廢) |         |      | ●  | ●          | ●           | ●         | ●    | ●       |         |
| 收據和費用明細表        |         |      |    |            |             | ●         | ●    |         |         |
| 病理組織切片報告／相關檢驗報告 | ●       |      |    |            | ●           |           |      |         |         |
| 意外傷害事故證明文件      |         | ●    | ●  | ●          |             | ●         |      | ●       | ●       |
| X光片             |         |      |    |            |             |           |      | ●       |         |

※醫療實支實付可用收據副本 經醫院重新開立或影印後經醫院蓋章證明。不可以使用影印本及費用明細

## 身故理賠申請所需檢附文件

| 申請項目<br>具備文件    | 身故      |      | 殘廢 |            | 重大疾病／首次罹患癌症 | 醫療        |      | 骨折未住院津貼 | 失蹤／意外失蹤 |
|-----------------|---------|------|----|------------|-------------|-----------|------|---------|---------|
|                 | 疾病／癌症身故 | 意外身故 | 全殘 | 部分殘廢／重大燒燙傷 |             | 傷害醫療／住院醫療 | 癌症醫療 |         |         |
| 理賠申請書           | ●       | ●    | ●  | ●          | ●           | ●         | ●    | ●       | ●       |
| 死亡證明書           | ●       |      |    |            |             |           |      |         | ●       |
| 相驗屍體證明書         |         | ●    |    |            |             |           |      |         |         |
| 被保險人之除戶戶籍謄本     | ●       | ●    |    |            |             |           |      |         | ●       |
| 受益人身分證明         | ●       | ●    | ●  |            | ●           |           |      |         | ●       |
| 診斷證明書／殘廢診斷書(殘廢) |         |      | ●  | ●          | ●           | ●         | ●    | ●       |         |
| 收據和費用明細表        |         |      |    |            |             | ●         | ●    |         |         |
| 病理組織切片報告／相關檢驗報告 | ●       |      |    |            | ●           |           |      |         |         |
| 意外傷害事故證明文件      |         | ●    | ●  | ●          |             | ●         |      | ●       | ●       |
| X光片             |         |      |    |            |             |           |      | ●       |         |

備註：除理賠申請書外尚有兩個表格需要檢附：

繼承系統表／推派同意書（有理賠發生再洽服務人員）

※以上相關規定須以保單條款為準



## 身故理賠申請所需檢附文件

身故理賠所需文件如下：

1. 理賠申請書-113.07版
2. 繼承系統表(主要是要確認被保險人的親屬關係)
3. 推派具領同意書(受益人若有兩人以上可填寫此張表格推派一位領保險金)本表格所有簽名的人皆需要親簽,領錢的人簽具領人其他人受益人簽同意人
4. 除戶謄本(正本)
5. 死亡證明書(正本)
6. 受益人證明文件:民國82年前結婚請附(原始手抄本戶籍謄本)  
民國82年後結婚可附除戶謄本(含非現住人口)  
若有受益人身故於戶籍謄本中看不出來請另外附除戶謄本
7. 若是車禍身故需要附意外事故證明,釐清是否為酒駕
6. 受益人身份證及銀行帳戶影印本

以上資料，請務必訂牢，以免拆信過程中遺失，文件齊全請交服務人員

## 名冊作業-起保名冊

- ◆ 起保名冊(附件2)請於**1月8日**MAIL提供  
 MAIL:ryan197888@gmail.com

### 起保名冊範例

法務部114年度調解委員

| 必填欄位 |        |            |     |           |                                        | 固定資料請勿調整 |       |      |      |
|------|--------|------------|-----|-----------|----------------------------------------|----------|-------|------|------|
| 編號   | 所屬地區   | 身分證字號      | 姓名  | 出生年月日(民國) | 受益人(皆為法定繼承人,若要指定需另外填寫身故保險金受益人指定暨變更申請書) | 工作內容     | 傷害險保額 | 傷害醫療 | 傷害住院 |
| 範例   | 台北市中正區 | N123456789 | 李新光 | 700111    | 法定繼承人                                  | 調解委員     | 50萬   | 1萬   | 500元 |
|      |        |            |     |           |                                        | 調解委員     | 50萬   | 1萬   | 500元 |
|      |        |            |     |           |                                        | 調解委員     | 50萬   | 1萬   | 500元 |
|      |        |            |     |           |                                        | 調解委員     | 50萬   | 1萬   | 500元 |
|      |        |            |     |           |                                        | 調解委員     | 50萬   | 1萬   | 500元 |



## 名冊作業-加退保名冊

- ◆ 請於**每月5號**前提供上個月的加退保異動, 請務必使用下面異動名冊

**信件抬頭:法務部(XX地區)-11401異動**

**請務必註明地區及異動的月份**

異動提供方式請用MAIL提供給下面信箱

MAIL:ryan197888@gmail.com(請務必提供)

收到信件會MAIL回覆收到

### 異動名冊範例

| 必填欄位 |      |         |        |            |     |           |                                        | 固定資料請勿調整 |       |      |      |
|------|------|---------|--------|------------|-----|-----------|----------------------------------------|----------|-------|------|------|
| 編號   | 異動項目 | 異動生效日   | 所屬地區   | 身分證字號      | 姓名  | 出生年月日(民國) | 受益人(皆為法定繼承人,若要指定需另外填寫身故保險金受益人指定暨變更申請書) | 工作內容     | 傷害險保額 | 傷害醫療 | 傷害住院 |
| 範例   | 加保   | 1140115 | 台北市中正區 | N123456780 | 陳新光 | 700112    | 法定繼承人                                  | 調解委員     | 50萬   | 1萬   | 500元 |
| 範例   | 退保   | 1140115 | 台北市中正區 | N123456790 | 李新光 | 700111    | 法定繼承人                                  | 調解委員     | 50萬   | 1萬   | 500元 |
|      |      |         |        |            |     |           |                                        | 調解委員     | 50萬   | 1萬   | 500元 |
|      |      |         |        |            |     |           |                                        | 調解委員     | 50萬   | 1萬   | 500元 |
|      |      |         |        |            |     |           |                                        | 調解委員     | 50萬   | 1萬   | 500元 |

# 指定受益人注意事項

指定受益人需填寫

**團體保險身故保險金受益人指定暨變更申請書**  
**受益人僅能指定配偶、子女、父母**

新光人壽保險股份有限公司  
 Shin Kong Life Insurance Co., Ltd.

團體保險身故保險金受益人指定暨變更申請書  
 Group insurance death insurance beneficiary designation and change application

要保單位名稱： 法務部 保單號碼： \_\_\_\_\_  
 Policy holder Policy No.

被保險人姓名： 李新光 身分證字號： A123456789  
 Name of the Insured ID No.

請指定被保險人身故保險金之受益人，但以被保險人之家屬、其法定繼承人或信託專戶為限。  
 Please designate the beneficiary, the beneficiary shall be confined to the family members、heir-at-law of the insured member or Trust account.

身故受益人指定為 ☐ 法定繼承人、☐ 勞基法順位 或 ☐ 信託專戶。(PS：勾選此項則不需填寫下表)  
 Designated death beneficiaries are ☐ heir at law、☐ following the rule of Labor Standards Acts or ☐ Trust account

| 身故受益人姓名<br>Name of Beneficiary | 身分證字號<br>ID No. | 生日<br>Birth date | 生效日/變更生效日<br>Effective Date of Revision | 聯絡電話<br>Tel.            | 國籍<br>Nationality |
|--------------------------------|-----------------|------------------|-----------------------------------------|-------------------------|-------------------|
| 李小光                            | A123456789      | 90.01.15         | 1140101                                 | 0912345678              | 中華民國              |
| 受益人地址 Beneficiary Address      |                 |                  |                                         | 與被保險人關係<br>Relationship | 備註<br>Remark      |
| 新北市板橋區民生路1段3號11樓之3             |                 |                  |                                         | 父子                      |                   |

## 指定受益人注意事項

指定受益人需填寫

### 團體保險身故保險金受益人指定暨變更申請書 受益人僅能指定配偶、子女、父母

★ 如要保人(被保險人)不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人(被保險人)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。

※ 受益人聯絡電話及地址可二擇一提供。

※ 指定二位以上之受益人時，保險金額之指定得依順位、比例或均分方式為之，請於備註欄說明。若未於備註欄說明，則保險金額採均分方式為之。

※ 身故受益人非中華民國國籍者，請提供英文全名及國籍。

※ 指定信託專戶請另填保險金指定匯入信託專戶約定書(AH9)表單。

被保險人簽名： 李新光 法定代理人簽名： \_\_\_\_\_ 監護人簽名： \_\_\_\_\_  
Signature of the insured                      Signature of the legal representative                      Signature of the guardian

中 華 民 國 114 年 01 月 01 日

SKL-B#DB\*B9415

11201 版

表格寄送窗口:李宛如

連絡電話:0935-868-387

地址:220新北市板橋區民生路1段3號11樓之3(請掛號寄出)

## 加退保作業注意事項

- ◆ 請各經辦於**每月5日**提供上個月人員異動明細，生效日期皆為異動日期的零時生效。  
EX:114/02/05提供上個月114/01/01~114/01/31的異動，以此類推。  
EX:114/02/05提供日期是114/01/15的加保，加保日為114/01/15 0時生效  
EX:114/03/05提供日期是114/02/05的退保，退保日為114/02/05 0時退保，若委員114/02/05還有在職請寫114/02/06(最後任職日+1天為退保日)。
- ◆ 加退保計算彙整：每月系統執行加退保作業，收費採**年結**，於到期時會一次收費或退費。
- ◆ **114年12月異動名冊請於115/01/05前提供**



新光金控

新光人壽

Shin Kong Life

報告完畢，謝謝指教

若有任何問題請詢問李宛如小姐

電話:0935-868-387