

420 團體傷害保險投保說明：

1. 填妥『投保資料表』及『健康告知聲明書』。
2. 4月26日前將『投保資料表』及『健康告知聲明書』傳真至03-4714138或公文傳送至『中科院公共關係室 轉 團保服務櫃檯』，亦可親送至櫃檯辦理。
3. 5月1日生效，生效後發放保險證。(若投保人數未達5人，則順延次月生效)
4. 繳費方式：可選擇『現金』、『信用卡』二種方式。

保險服務櫃檯：中科院607館二樓
聯絡電話：351747、03-4714137

420專案

團體傷害保險

當月送件加保，次月1日生效 <中科院總機：351-747 (03)471-4137>

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	可選 100~500 萬元	可選 1~5 萬元
配偶	首次投保需未滿65足歲，最高可保至滿70足歲止	可選 100~500 萬元	可選 1~5 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	可選 100~500 萬元	可選 1~5 萬元
	未滿20歲或具學生身份者	可選 100~200 萬元	可選 1~5 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；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3萬。
- 2.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)。
- 3.60足歲以下之眷屬，其死亡及失能(傷害保險)保額可高於員工本人。
- 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，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其他拒保類人員。

注意事項

- 1.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。
- 2.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醫院所加蓋章)。
- 3.倘被保險人各項醫療費用未經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」。
- 4.合格中西醫院所開立之外傷醫療費用中，如含有必要之自費用藥部份，其金額以70%折算，並需檢附用藥明細。
- 5.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。
- 6.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以內死亡者，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以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，受益人申領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以內，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以內，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。
- 7.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。
- 8.本保險以一年為期，自新光產物核保通過及扣款成功後，追溯自新光產物收迄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。
- 9.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。
- 10.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。
- 11.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(<http://www.skinsurance.com.tw>)，以保障您的權益。

實祥保險經紀人 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、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；107.09.14(107)新產精發字第999號函備查；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



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。

420一年期團體保險被保險人資料表【限第一次投保使用】

電話：中科院總機 351747、(03)471-4137
傳真：(03)471-4138

◆保險期間：自 _____ 至 _____ 止

編號：

基本資料 * 請以正楷填寫	員工姓名	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	員工代號	e-mail			
	服務單位						
	聯絡電話 (請留 2 支以上)	公：	宅：	手機：	傳真：		
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 公司 <input type="checkbox"/> 住家	<input type="checkbox"/> □□□□□				
	身分	被保險人姓名	身分證字號	出生年月日	傷害保險 + 傷害醫療	保險費	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)
	員工本人				萬元 + 萬元	元	
	配偶				萬元 + 萬元	元	
子女 1				萬元 + 萬元	元		
子女 2				萬元 + 萬元	元		
子女 3				萬元 + 萬元	元		
子女 4				萬元 + 萬元	元		
員工父母				萬元 + 萬元	元		
員工父母				萬元 + 萬元	元		

➤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、雪車教練及與賽人員，滑翔機具教練等。					
	<input type="checkbox"/> 1. 現金(至保險服務櫃檯繳費) <input type="checkbox"/> 2. 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內容所載。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、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評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：您若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。

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：_____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____

※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親自簽名；七歲(含)以上未滿二十歲者，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 108/01/01

~~~ 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繳回者，『約定次月 1 日生效』

投保  
流程



填寫→傳真或公文傳送  
1.被保險人資料表  
2.健康告知聲明書



審核  
約 7 個工作天內  
通知員工



1.現金—請於生效日  
前完成繳費  
2.郵政扣款或信用卡  
—於生效日扣繳



生效後 15 日內  
發放保險證

## 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 |        |       |      |    |    |                |        |

## 二、告知事項（資料表寄回後，如於生效日前，有就醫記錄者，請逕向保險服務櫃檯索取健康聲明書，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。

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礙？

(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○.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、吞嚥或言語機能障礙。(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(請勾選)？如勾選是者，請提供

| 答覆為“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     | 最後就診日期及現在狀況  |
|         |                                                                              |    |         |      |      | □是，約_____天<br>□否 | □是<br>□否 | 年 月 日<br>結果： |
|         |                                                                              |    |         |      |      | □是，約_____天<br>□否 | □是<br>□否 | 年 月 日<br>結果： |
|         |                                                                              |    |         |      |      | □是，約_____天<br>□否 | □是<br>□否 | 年 月 日<br>結果： |
|         |                                                                              |    |         |      |      | □是，約_____天<br>□否 | □是<br>□否 | 年 月 日<br>結果： |

【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：_____                                                 | 日期：_____年_____月_____日 |
| (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簽名；<br>七歲(含)以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名。) |                       |

◎歡迎影印使用 108/01/01

保險服務櫃檯：中科院 607 館二樓

聯絡電話：中科院總機 351747、(03)471-4137

傳真：(03)471-4138

公文傳送：公共關係室轉團保櫃檯