

抄件

檔 號：

保存年限：

台灣電力工會 函

地 址：10093 台北市中正區寧波東街 2 號
聯 絡 人：劉慧玲
聯絡電話：(02)2396-2555 分機 209
傳 真：(02)2351-2282
電子信箱：

受文者：本會福利處

發文日期：中華民國 106 年 5 月 24 日

發文字號：106 電工福字第 0343 號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主 旨：本會辦理之保誠人壽自費團體保險定期險「535、513 專案」，將於本(106)年 5 月 31 日到期，經另洽妥新光人壽保險股份有限公司辦理續約並將兩案併為「599 專案」於 106 年 6 月 1 日零時生效，原已投保「535、513 專案」會員不需重新健康告知即可生效續保(包含原保誠人壽保險股份有限公司核保通過，且已申請理賠過之會員)，相關資訊詳如說明，請查照並公告週知。

說 明：

- 一、本會自民國 87 年開辦「535、513 專案」自費團體保險，造福無數會員及眷屬。今(106)年更將邁向第 20 個年頭；創台灣概括承受之自費團體保險史最長年期。
- 二、爰前述兩方案係自 87、92 年起陸續開辦，至今業已有不少同仁帶病投保中。故為維護會員權益，除希望保誠人壽繼續續保外，亦廣邀各保險公司報價，並請渠等須承接前保險公司核保成功之所有同仁，並保障不須重新健康告知之條件下報價。
- 三、保誠人壽斡旋後專案報價 994 元/月(詳附件一)，其他保險公司雖有報價，但須重新健康告知，故不擬採用，或無法提供更為優勢之報價，而以新光人壽之報價最為優惠(詳附件二)。另退休人員續保部份，因理賠率高達 300%以上，致保險公司皆不願再承保。為免影響現職會員保險權益，106 年 6 月起將不再承辦退休人員續保乙案。
- 四、本專案團險已概括承受續保近 20 年，為了會員權益及使本專案團保能持續不至於斷保，更為因應現今健保

部分負擔、自費項目日趨增加，是故 106~109(106.6.01~109.05.31)年自費團險本會堅持採「實支實付」(亦可轉日額給付)；另因應保險公司承保要件，因此將 535、513 兩案合併為 599 專案，且變更投保計劃(詳附件三協議書)。另保險公司向金管會報部附加子女只至 23 歲，不再開放至 25 歲。

五、自 106 年 6 月 1 日零時起，原「535、513 專案」改為「599 專案」，由新光人壽承保，保障內容詳如新光自費團險保障簡表(附件四)。

六、原參加「535、513 專案」之會員，均可自動納入續保，且不須重新健康告知，原保戶若不欲續約或欲降低變更計劃別者，請於 106 年 8 月 20 日前填寫新光自費案投保資料表申請退保或變更(可上工會網站下載或至各分會索取)，再由總會將保費差額退費給各會員。106 年 8 月 20 日逾期將視為同意續保不再退費，若 106 年 8 月 21 日至 106 年 9 月 20 日之間提出退保，將於 106 年 10 月 1 日退保，以此類推。

七、本「599 專案」受益人採法定繼承人，如被保險人欲指定身故受益人(隨時皆可更改)，可檢附新光指定受益人表，除總會發公文公告外，各分會駐點服務人員亦會提供必要協助。

八、新加保及增加為計劃二者必須填新光自費案投保資料表及健康告知書。

九、本案僅係提供會員福利服務，由會員考量自行繳費參加，保費價格及保險內容、條件，請會員卓參。

正本：本會所屬各分會

副本：新光人壽保險股份有限公司

理 事 長

丁作一

類別	保誠新案/併一案	保誠新案/併一案
生效日	106.06.01	106.06.01
續保日(概括承受)	106.06.01	106.06.01
對象	員工/配偶/子女15歲以上	子女15歲以下
定期壽險	100萬	
意外險	150萬	20萬(殘廢)
重大燒燙傷	52.5萬	7萬
意外傷害醫療(限額)	2萬(副本實支實付)	2萬(副本實支實付)
義齒(意外造成)	每顆上限5000元	每顆上限5000元
住院病房費	3000元(120天)定額	3000元(120天)定額
加護病房期間	同住院沒有加倍	同住院沒有加倍
出院後門診限額		
住院醫療費用限額		
住院手術費用限額		
外科門診手術費用限額		
骨折未住院		
同一事故兩次住院間隔	14天	14天
癌症住院	3500元/日	3500元/日
癌症門診	1000元/日(70次)	1000元/日(70次)
癌症出院療養金	1500元/日(30日)	1500元/日(30日)
癌症住院手術(需辦住院)	52500元/次(原位癌32250元)	52500元/次(原位癌32250元)
癌症化療(每日一次)	0	0
癌症放射(每日一次)	0	0
癌症身故	50萬	50萬
月繳保費	994元/人	514元/人



新光人壽

台灣電力股份有限公司工會員工暨其眷屬 106年團體險自費案洽談單

保險名稱	投保身份	計劃一： 員工、配偶、 15歲以上子女	計劃二： 員工、配偶、 15歲以上子女	計劃三： 15歲以下子女	計劃一、二： 安心健康險	計劃一、二： 月繳費率	計劃三： 安心健康險	計劃三： 月繳費率
新定期保險		100萬元	200萬元	-		1.90元/萬		-
團體傷害保險		150萬元	300萬元	20萬元		0.50元/萬		0.30元/萬
團體傷害醫療保險		2萬元	4萬元	2萬元		11.5元/萬		6.0元/萬
手術醫療保險附加條款		800元	800元	800元		9.0元/百		5.5元/百
安心團體健康保險								
實支	每日病房費用保險金	上限1,600元/日	上限1,600元/日	上限1,600元/日	156元/人		105元/人	
	住院醫療費用保險金	上限64,000元/次	上限64,000元/次	上限64,000元/次				
	住院前後門診保險金	上限800元/次	上限800元/次	上限800元/次	0.50元/五十		0.50元/五十	121元/人
	加護病房補償保險金	定額1,600元/日	定額1,600元/日	定額1,600元/日	0.50元/百		0.50元/百	
定額	※未提供收據時可轉 換住院定額給付	定額1,600元/日	定額1,600元/日	定額1,600元/日				
	住院費用補償保險金	最高800元X所定日數	最高800元X所定日數	最高800元X所定日數				
	骨折未住院津貼							
防癌健康保險								
	癌症住院	定額2,000元/日	定額2,000元/日	定額2,000元/日	1.3元/百		1.3元/百	
	癌症門診	定額1,000元/次	定額1,000元/次	定額1,000元/次	0.3元/百		0.3元/百	
	癌症出院療養	定額2,000元/日	定額2,000元/日	定額2,000元/日	0.4元/百		0.4元/百	67元/人
	癌症手術	定額3萬/次	定額3萬/次	定額3萬/次	2元/萬		2元/萬	
	癌症化學治療	定額1,000元/日/次	定額1,000元/日/次	定額1,000元/日/次	100元/十萬		100元/十萬	
	癌症放射線治療	定額1,000元/日/次	定額1,000元/日/次	定額1,000元/日/次	100元/十萬		100元/十萬	
	癌症身故	定額50萬/次	定額50萬/次	定額50萬/次	0.44元/萬		0.44元/萬	
	每人月繳保費	599元/人	887元/人	250元/人				



附件二

◎此案實際保費依此報價費率*保額開據為主。

◎此案合約為期三年，自106年06月01日零時起投保。

◎此報價單投保險種實除依保單條款為主，另因本公司安心團體以及防癌健康險條款為綜合式保單條款，條款中細項保障內容皆需依要保單位需求分別投保。

◎此案採概括承受(原只投保513專案或只投保535專案一單位者，概括承受為計劃一；原投保513專案也投保535專案一或二單位者，概括承受為計劃二；15歲以下子女一律概括承受為計劃三)，請提供前手名冊。新加保者請檢附投保資料表以及健康聲明書，61歲(含)以上者請加附六個月內普通體檢。

◎此案受保人採法定繼承人，如被保險人欲指定身故受益人可檢附團體保險身故保險金受益人指定暨變更申請書。

◎員工、配偶承保年齡為15足歲-65足歲，續保年齡可至70足歲；子女承保年齡為0歲至未滿23歲，續保可至23足歲。員工在要約屆滿前退休連同眷屬可保至退休日當月底。

台灣電力工會自費團體保險專案合作協議書

立協議書人

要保人	台灣電力工會	(以下簡稱甲方)
保險人	新光人壽保險股份有限公司	(以下簡稱乙方)

茲就本團體保險相關投保事宜，雙方同意協議下列事項，以茲遵守，未約定部份一切以保險法規及條款為依據：

第一條：本專案名稱及內容

一、台灣電力工會會員、員工及眷屬團體保險自費投保專案如下表。

投保身份		計劃一： 員工、配偶、 15 足歲以上子女	計劃二： 員工、配偶、 15 足歲以上子女	計劃三： 15 足歲以下子女
保險名稱	新定期保險	100 萬元	200 萬元	-
	團體傷害保險	150 萬元	300 萬元	20 萬元
團體傷害醫療保險	手術醫療保險附加條款	2 萬元	4 萬元	2 萬元
	安心團體健康保險	800 元 X 手術倍數	800 元 X 手術倍數	800 元 X 手術倍數
實支	每日病房費用保險金	上限 1,600 元/日	上限 1,600 元/日	上限 1,600 元/日
	住院醫療費用保費金	上限 64,000 元/次	上限 64,000 元/次	上限 64,000 元/次
	住院前後門診保險金	上限 800 元/次	上限 800 元/次	上限 800 元/次
	加護病房補償保險金	定額 1,600 元/日	定額 1,600 元/日	定額 1,600 元/日
定額	※未提供收據時可轉換 住院定額給付	定額 1,600 元/日	定額 1,600 元/日	定額 1,600 元/日
	住院費用補償保險金	最高 800 元 X 所定日數	最高 800 元 X 所定日數	最高 800 元 X 所定日數
	骨折未住院津貼	最高 800 元 X 所定日數	最高 800 元 X 所定日數	最高 800 元 X 所定日數
	防癌健康保險			
	癌症住院	定額 2,000 元/日	定額 2,000 元/日	定額 2,000 元/日
	癌症門診	定額 1,000 元/次	定額 1,000 元/次	定額 1,000 元/次
	癌症出院療養	定額 2,000 元/日	定額 2,000 元/日	定額 2,000 元/日
	癌症手術	定額 3 萬/次	定額 3 萬/次	定額 3 萬/次
	癌症化學治療	定額 1,000 元/日/次	定額 1,000 元/日/次	定額 1,000 元/日/次
	癌症放射線治療	定額 1,000 元/日/次	定額 1,000 元/日/次	定額 1,000 元/日/次
	癌症身故	定額 50 萬/次	定額 50 萬/次	定額 50 萬/次
	每人月繳保費	599 元/人	887 元/人	250 元/人

二、參加人員：任職於財團法人台灣電力股份有限公司之員工(即甲方會員，

106.06.01

項目/公司	新光	新光	新光
續保日(概括承受)	106.06.01	106.06.01	106.06.01
對象	員工/配偶/子女15歲以上(計畫一)	員工/配偶/子女15歲以上(計畫二)	子女15歲以下(計畫三)
定期壽險	100萬	200萬	0
意外險	150萬	300萬	20萬(殘廢)
重大燒燙傷	52.5萬	105萬	7萬
意外傷害醫療(限額)	2萬(收據副本實支實付)	4萬(收據副本實支實付)	2萬(收據副本實支實付)
義齒(意外造成)	每顆上限5000元	每顆上限5000元	每顆上限5000元
住院病房費限額	1,600元/限額(每次365天為限)	1,600元/限額(每次365天為限)	1,600元/限額(每次365天為限)
加護病房定額	1,600元/定額(同次事故14天為限)	1,600元/定額(同次事故14天為限)	1,600元/定額(同次事故14天為限)
出院後門診限額	800元/限額(前7後7天有手術前14後14)	800元/限額(前7後7天有手術前14後14)	800元/限額(前7後7天有手術前14後14)
住院醫療費用限額	6.4萬(收據副本實支實付)	6.4萬(收據副本實支實付)	6.4萬(收據副本實支實付)
(含住院手術費用實支實付)	(與住院醫療費用累計副本實支實付)	(與住院醫療費用累計副本實支實付)	(與住院醫療費用累計副本實支實付)
手術保險金定額	800元*倍數(手術項目*倍數)最高80倍	800元*倍數(手術項目*倍數)最高80倍	800元*倍數(手術項目*倍數)最高80倍
同一事故兩次住院間隔	14天	14天	14天
未提供收據轉住院日額	1600元(同一事故最高90天)	1600元(同一事故最高90天)	1600元(同一事故最高90天)
骨折未住院	最高800元X骨折別所定日數(附X光碟)	最高800元X骨折別所定日數(附X光碟)	最高800元X骨折別所定日數(附X光碟)
癌症住院	2000元/日	2000元/日	2000元/日
癌症門診	1000元/次(90次)	1000元/次(90次)	1000元/次(90次)
癌症出院療養金	2000元/日(21日)	2000元/日(21日)	2000元/日(21日)
癌症手術	3萬/次(治療外科手術)	3萬/次(治療外科手術)	3萬/次(治療外科手術)
癌症化療(每日一次)	1000元/次	1000元/次	1000元/次
癌症放療(每日一次)	1000元/次	1000元/次	1000元/次
癌症身故	50萬	50萬	50萬
月繳保費	599元/人	887元/人	250元/人

*簡表僅供參考，實際內容以保單條款為準

*理賠所需文件及流程注意事項：請填新光團體保險理賠申請書，非職工福利委員會公費案之"台電專用"理賠申請書

1. 備a. 診斷證明書b. 收據副本c. 事故人存摺影本d. 團體理賠申請書 e. 身故附死亡證明書，除戶謄本、受益人戶籍謄本及存摺影本

f. 受益人為法定繼承人檢附系統繼承表

2(1)申請日額只需附診斷證明書(2)若採各項限額實支實付需再附收據副本。

若職工福利委員會公費案已附收據正本，自費案就不需再提供收據副本。

3. 自費案醫療理賠金受益人為事故人，需附事故人存摺影本，7歲以下若無存摺帳戶則匯入法定代理人帳戶(法代要雙簽，單親附戶口名簿影本)。

4. 理賠申請以事故日為準，535案106.06.04前、513案106.05.31前之事故向保誠人壽申請，

535案事故日及住院日若發生在106.06.01~106.06.04間保誠、新光皆可申請。

5. 如有新光人壽個人保單亦需收據正本者，收據正本若先隨個人保單先送件者，請於公費案"台電專用"及自費案團體保險理賠申請書右上角註記書寫"請調前次相關證明文件"，

收據正本若先隨團體保險送件者，也請於團體保險理賠申請書右上角註記書寫"請調前次相關證明文件"，能一起送最好。

6. 理賠申請書 寄至下述理賠課收：

(22065)新北市板橋區中山路一段141號7樓；

(40758)台中市西屯區文心路二段645號1、3樓；

(70054)台南市中西區民生路307號4樓；

(80053)高雄市新興區七賢一路251號1、3樓；

7. 後續相關保單內容諮詢可洽：

(1)新光團體保險02-23895858*2345許芳慈

(2)團體相關業務聯絡人葉鶯敏 06-2111379，0932829596 FAX:06-2206893 Email:r5981873@hotmail.com

諮詢窗口：林婉喬02-77059766*5028 吳麗月02-77059766*5064

諮詢窗口：陳幸微04-22540200*233；洪垂能04-22540200*323

諮詢窗口：李特璋06-2235717*325

諮詢窗口：洪淑雯07-2382681*327

台電工會會員及其眷屬自費團體保險投保資料表

【員工資料】為避免影響保戶權益，以下資料請務必正楷填寫清楚，以利通知。

員工姓名		分會		姓名代號	
公司電話		住家電話		行動電話	
聯絡地址：					

【計劃別內容及月繳保費】：

計劃別	計劃一	計劃二	計劃三 15 足歲以下子女投保
月繳保費	每人月繳599元	每人月繳887元	每人月繳250元

【被保險人投保資料】：

- 員工本人同意參加「台電工會自費團體保險福利計劃」，並授權總會自本人薪資中按月扣抵保險費。
- 附加配偶、子女資料(配偶或子女未參加者，請勿填寫)。
- 子女15足歲以下者，只能投保計劃三。
- 子女未滿7足歲者，由法定代理人於被保險人欄位簽名；子女滿7足歲者，需自己親簽。
- 20足歲以下，未成年子女者，法定代理人需簽名。
- 身故保險金受益人為法定繼承人，如欲指定身故受益人，可檢附「團體保險身故保險金受益人指定暨變更申請書」。

申請	身份	被保險人親簽 (請正楷填寫)	出生日期 (民國)	身分證字號	投保計劃別	20 足歲以下 法定代理人簽名
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更 ☐ 維持	員工				☐ 一 ☐ 二	
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更 ☐ 維持	配偶				☐ 一 ☐ 二	
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更 ☐ 維持	子女				☐ 一 ☐ 二 ☐ 三	
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更 ☐ 維持	子女				☐ 一 ☐ 二 ☐ 三	
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更 ☐ 維持	子女				☐ 一 ☐ 二 ☐ 三	
☐ 加保 ☐ 退保 ☐ 變更 ☐ 維持	子女				☐ 一 ☐ 二 ☐ 三	

【注意事項】

- 員工必須投保，其眷屬方可投保。
- 新加保或變更投保較高保額者，請一併提供「健康聲明書」。
- 新加保或變更投保較高保額，年齡61歲(含)以上者，請加附六個月內普通體檢。
- 本表及健康聲明書需於每月20日前送達新光人壽(以郵戳為憑)，並經核保通過後，於次月1日零時生效。
- 員工離職時，請填寫本表，並勾選退保，於每月20日前送達新光人壽(以郵戳為憑)，於次月1日零時生效。

業務員/保險經紀人：_____

業務員登錄字號：_____

部室/駐區/通訊處：_____ / _____ / _____

申請日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
要保單位認證欄(請加蓋工會或各分會章)



新光人壽

投保申請表暨健康聲明書

機密等級:機密
(團體險專用)

102年5月版

102.05.01新壽商開字第 1020000130 號函備查

要保單位：						保單號碼：					
被保險人 (關係)	姓名	性別	出生 年月日	身分證字號				職業類別/ 工作內容	計劃別	身高 (公分)	體重 (公斤)
(1)本人		☐ 男 ☐ 女									
(2)配偶		☐ 男 ☐ 女									
(3)子女		☐ 男 ☐ 女									
(4)		☐ 男 ☐ 女									
(5)		☐ 男 ☐ 女									
(6)		☐ 男 ☐ 女									

◎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。

為確保您的權益, 以下被保險人告知事項, 請務必親自詳實加圈填寫。如有不實, 本公司得依保險法第64條解除契約, 保險事故發生後亦同。	眷 屬 / 關 係					
	(1) 本人	(2) 配偶	(3) 子女	(4)	(5)	(6)
	是否	是否	是否	是否	是否	是否
一、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?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
二、過去一年內是否曾因患有下列疾病, 而接受醫師治療、診療或用藥? (如答覆是者, 請圈選下列病症)						
(1)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎、膽結石。 (3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 (4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 (5)痛風、高血脂症。 (6)青光眼、白內障。 (7)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人回答)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
三、過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療?(亦可提供檢查報告代替回答)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
四、過去五年內是否曾因患有下列疾病, 而接受醫師治療、診療或用藥? (如答覆是者, 請圈選下列病症)						
(1)高血壓症(指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上)(如有請於「告知事項說明欄」目前狀況處填明實際之血壓)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤、心律不整(指竇性心跳過速、心房撲動、心房纖維性顫動、期外收縮、陣發性心跳過速、心室纖維性顫動、心臟傳導阻斷)。 (2)腦中風(腦出血、腦梗塞、腦栓塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、巴金森氏症、精神病。 (3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 (4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT值超過35IU/L以上)。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 (6)視網膜出血或剝離、視神經病變。 (7)癌症(惡性腫瘤)。 (8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。 (9)糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。 (10)紅斑性狼瘡、膠原症。 (11)愛滋病或愛滋病帶原。	☐	☐	☐	☐	☐	☐

為確保您的權益，以下被保險人告知事項，請務必親自詳實加圈填寫。如有不實，本公司得依保險法第64條解除契約，保險事故發生後亦同。	(1) 本人	眷 屬 / 關 係				
		(2) 配偶	(3) 子女	(4)	(5)	(6)
	是否	是否	是否	是否	是否	是否
五、過去五年內，是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	☐	☐	☐	☐	☐	☐
六、目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障礙、智能障礙(外表無法明顯判斷者)？(如答覆是者，請圈選狀況)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
七、已確知懷孕？(懷孕週)(女性被保險人回答)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
八、投保醫療險者請填寫本項 (本契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，本公司對是項疾病或分娩，不負給付之責任)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(1)現在是否仍患有下列疾病？精神官能症、何杰金氏症、膽管炎、膽囊炎、梅毒、腦性麻痺、腦膿瘍、化膿性骨髓炎、併發有嘔吐現象的持續性頭痛、內耳炎、鼻竇炎、乳突炎、坐骨神經痛、椎間板脫出、腎結石、輸尿管結石、膀胱結石、腦膜炎、腦症。 (2)是否曾金屬中毒、化學中毒？ (如答覆是者，請圈選病症)						
※ 以上各項詢問如有答覆「是」者，請在下列「告知事項說明欄」告知						
告 知 事 項 說 明 欄						
被保險人姓名	疾病名稱	發病日期	就診醫院	治療方式(可複選)	目前狀況	
				☐ 門診 ☐ 住院,約____天 ☐ 手術 ☐ 其他_____		
				☐ 門診 ☐ 住院,約____天 ☐ 手術 ☐ 其他_____		
				☐ 門診 ☐ 住院,約____天 ☐ 手術 ☐ 其他_____		
				☐ 門診 ☐ 住院,約____天 ☐ 手術 ☐ 其他_____		
(1)本人(被保險人)同意新光人壽保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。 (2)本人(被保險人、要保人)同意新光人壽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。 (3)本人(被保險人、要保人)同意新光人壽保險公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。						
此致		新光人壽保險股份有限公司			台照	
被保險人簽章		要保單位覆證：				
(1) 本人：	簽章	法定代理人：			簽章	
(2) 配偶：	簽章	法定代理人：			簽章	
(3) 子女：	簽章	法定代理人：			簽章	
(4) _____：	簽章	法定代理人：			簽章	
(5) _____：	簽章	法定代理人：			簽章	
(6) _____：	簽章	法定代理人：			簽章	
日 期： 年 月 日						
新 光 人 壽 專 用						
審查意見	(1)本人：			核保人簽章		
	(2)配偶：					
	(3)子女：					
	(4)					
	(5)					
	(6)					

收件人：

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：_____ 保單號碼：_____
Policy holder Policy No.

被保險人姓名：_____ 身分證字號：_____
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或其法定繼承人為限。
Please designate the beneficiary, the beneficiary shall be confined to the family members or heir-at-law of the insured member.

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

身故受益人姓名 Name of Beneficiary	身分證字號 ID No.	生效日/變更生效日 Effective Date of Revision	聯絡電話 Tel.	國籍 Nationality
受益人地址 Beneficiary Address			與被保險人關係 Relationship	備註 Remark
身故受益人姓名 Name of Beneficiary	身分證字號 ID No.	生效日/變更生效日 Effective Date of Revision	聯絡電話 Tel.	國籍 Nationality
受益人地址 Beneficiary Address			與被保險人關係 Relationship	備註 Remark
身故受益人姓名 Name of Beneficiary	身分證字號 ID No.	生效日/變更生效日 Effective Date of Revision	聯絡電話 Tel.	國籍 Nationality
受益人地址 Beneficiary Address			與被保險人關係 Relationship	備註 Remark

★ 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。

被保險人簽章：_____ 法定代理人簽章：_____
Signature of the insured Signature of the legal representative

中 華 民 國 年 月 日



新光人壽

新光金控

※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。

機密等級：機密
團體保險理賠申請書

申請日期： 年 月 日

要保單位		保單號碼	
員工資料	員工姓名	部門別/員工代號	
	身分證統一編號	聯絡電話/行動電話	
		E-Mail address	
事故人及申請項目	姓名	與員工關係	☐ 本人 ☐ 配偶
	身分證統一編號		☐ 子女 ☐ 父母
	☐ 身故保險金 ☐ 殘廢保險金 ☐ 重大疾病 ☐ 手術津貼 ☐ 住院醫療保險金 ☐ 癌症醫療保險金 ☐ 傷害醫療保險金 ☐ 門診給付 ☐ 其他 ☐ 申請收據差額給付		
	☐ 職業災害 ※要保單位是否已先行給付應付之保險金？ ☐ 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。 ☐ 否		
事故種類： ☐ 疾病 ☐ 意外(請詳填「意外事故內容」)			
意外事故內容	發生時間	年 月 日 時	請經 簡述 事故 經過 ※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。
	事故地點		
	處理事故單位/承辦人員/聯絡電話 (分局/派出所/地檢署)		
	(無則免填)		

給付方式	☐ 匯款至申請人或受益人帳戶 ☐ 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。) 請另填下列「金融機構匯款同意書」		
	金融機構匯款同意書 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(受益人或受款人)	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)		
支票	☐ 開具指名受益人、禁止背書轉讓、劃線之支票。 ☐ 取消禁止背書轉讓或劃線之支票，並需檢附「支票更改切結書」及其身份證明文件。		

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、履行保險契約法定義務及符合法令規範之需要，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。

此致 新光人壽保險股份有限公司

要保單位蓋章：

申請人(即受益人)簽章：

身分證統一編號：

聯絡地址：(郵遞區號)

法定代理人 簽章：
監護人/輔助人

身分證統一編號：

聯絡(行動)電話：()

(※申請人為未成年人或受監護宣告者，併應由法定代理人/監護人/輔助人本人親自簽章)

※填寫行動電話將做為發出理賠簡訊服務之用

門急診收據合計表線上建檔序號： — — — — —

服務人員簽章： 服務人員ID： 送件單位： 通訊處，代號：

服務人員電話： 送件日期： 送件單位主管簽章：

※服務人員應見證簽章部分確為當事人本人親自簽章，如有因不實簽章致生紛爭，應負相關法律責任。

※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，以利縮短作業時間。

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

新光人壽保險公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)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 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

- 一、蒐集之目的:(一)人身保險。(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
- 二、蒐集之資料類別: 台端與本公司往來之業務及契約書、申請書、經當事人同意由醫療院所等相關機關機構提供之病歷、醫療、健康檢查等個人資料類別為限。(註)
- 三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用):(一)、要保人。(二)、當事人之法定代理人、輔助人。(三)、各醫療院所等相關機關機構(經當事人同意)。
- 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、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、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司等相關機構。(三)、地區:上述對象所在地區。(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, 台端就本公司保有 台端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.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.向本公司請求補充或更正。3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式:依申請需求區分,本公司得採行以書面、電子郵件、傳真、電子文件等不同方式受理。
- 六、台端不提供個人資料所致權益之影響:若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時,基於健全人身保險業務之執行,保險公司將無法提供您完善的人身保險服務。

註:本公司係依法務部頒布「個人資料保護法之特定目的及個人資料類別」蒐集 台端個人資料。

申請各項保險金所需檢附文件及注意事項

一、申請各項保險金所需檢附文件一覽表

申請項目 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 身故	意外 身故	全殘	部分殘廢 重大燒燙傷		傷害 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								●	

二、申請注意事項 (理賠申請書填寫及應檢附文件說明)

- 1、本申請書適用於 團體保險件 之各項理賠保險金申請件。
- 2、本申請書填寫原則,係以事故及申請人為單位;若遇有多次事故同時申請,請分別填寫申請書。
- 3、申請書中『申請人』於身故保險理賠時係指保險單所載之身故保險金受益人,其餘如醫療保險、殘廢、重大疾病……等係指『事故者』本人。
- 4、保險金受益人為未成年人時,應由父母共同行使法定代理權(即於法定代理人欄簽章)。
- 5、因心神喪失或精神耗弱致無法處理日常事務者(如植物人),請附監護宣告裁定書並由監護人或輔助人提出申請。
- 6、申請配偶、子女之理賠,請另檢附足以證明其關係之證明文件(如:戶籍謄本、戶口名簿等)。
- 7、被保險人於台灣境外(含大陸地區)發生保險事故時,其檢附之書類需經我國駐外單位或相關程序之驗證,始得認定為有效之書證。另,書證除英、日文外,需附中文翻譯本憑辦,以利迅速處理。
- 8、檢附非中文書類時,需另附護照影本等證明文件以確認身分。
- 9、申請與「癌症」有關之理賠(如:申請重大疾病、防癌保險、),應檢附癌症病理切片或相關檢驗報告以資證明。
- 10、本人、配偶、子女因「骨折」申請意外傷害醫療保險金或殘廢理賠時,除檢附診斷證明書外,並請檢附X光片以區別骨折程度(完全骨折、不完全骨折或龜裂)及確認傷害部位。
- 11、申請「剖腹生產」手術保險金時,如係初次剖腹生產,請檢附全戶之戶籍謄本,以利迅速處理。
- 12、「失蹤」案件需先向法院辦理死亡宣告後始得憑辦。如認為極可能因意外傷害事故而死亡者,可檢附相關意外證明文件並附切結書後辦理。

三、給付約定事項

- 1、本公司給付保險金方式原則以申請人選擇之方式為給付,惟如未勾選給付方式、匯款資料不清致無法匯款,本公司一律改以支票方式給付;若因提供之資料有誤或字跡不清造成誤匯者,概由申請人(即受益人)自行負責,且視同保險金已給付。
- 2、選擇匯款至法定代理人帳戶時需由全體法定代理人簽章同意後再選擇其中一人帳戶匯款。

金融機構匯款帳號填寫說明

1. 郵政存簿儲金:【請參照存摺,填寫七位局號(含檢號)及七位帳號(含檢號)】

例:客戶姓名為王大明,欲匯入七堵郵局,金融機構代號 700,局號為 0011033(含檢號),帳號為 0123456(含檢號)。

戶名(受益人)	金融機構及分行名稱	金融機構及分行代號	帳 號 (含郵局局號)
王大明	基隆七堵郵局	7 0 0	0 0 1 1 0 3 3 0 1 2 3 4 5 6

2. 金融機構:【請參照存摺帳號靠左填寫,未滿欄位請留空白】

台幣帳戶:【請參照存摺帳號靠左填寫,未滿欄位請留空白】

例:客戶姓名為王小華,欲匯入新光銀行台北分行,新光銀行代號為 103,台北分行代號為 1100,帳號為 1100123456789。

戶名(受益人)	金融機構及分行名稱	金融機構及分行代號	帳 號
王小華	新光銀行台北分行	1 0 3 1 1 0 0	1 1 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9