



保障計畫說明



保障計劃說明

保障內容：

單位：新臺幣

項目	承保內容	保險額度
A	意外身故	200萬元
B	意外失能	依失能等級給付10萬 ~ 200萬元
C	意外傷害事故門診醫療	最高給付5萬元
D	意外傷害事故住院醫療	每日給付1,000元
C+D項目合計最高給付5萬元		



保障計劃說明

身故保險金：

被保險人於本契約有效期間內遭受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**，本公司按該被保險人保險金額給付身故保險金。但超過一百八十日死亡者，受益人若能證明被保險人之死亡與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。

失能保險金：

被保險人於本契約有效期間內遭受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**附表所列失能程度之一者**，本公司給付失能保險金，其**金額按該表所列之給付比例計算**。但超過一百八十日致成失能者，受益人若能證明被保險人之失能與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。



保障計劃說明

失能程度與保險金給付表(節錄部分)

2 眼	視力障害 (註2)	2-1-1	雙目均失明者。	1	100%
		2-1-2	雙目視力減退至0.06以下者。	5	60%
		2-1-3	雙目視力減退至0.1以下者。	7	40%
		2-1-4	一目失明，他目視力減退至0.06以下者。	4	70%
		2-1-5	一目失明，他目視力減退至0.1以下者。	6	50%
		2-1-6	一目失明者。	7	40%

上肢缺損 障害	8-1-1	兩上肢腕關節缺失者。	1	100%
	8-1-2	一上肢肩、肘及腕關節中，有二大關節以上缺失者。	5	60%
	8-1-3	一上肢腕關節缺失者。	6	50%
手指缺損 障害 (註8)	8-2-1	雙手十指均缺失者。	3	80%
	8-2-2	雙手兩拇指均缺失者。	7	40%
	8-2-3	一手五指均缺失者。	7	40%
	8-2-4	一手包含拇指及食指在內，共有四指缺失者。	7	40%
	8-2-5	一手拇指及食指缺失者。	8	30%
	8-2-6	一手包含拇指或食指在內，共有三指以上缺失者。	8	30%
	8-2-7	一手包含拇指在內，共有二指缺失者。	9	20%
	8-2-8	一手拇指缺失或一手食指缺失者。	11	5%
	8-2-9	一手拇指及食指以外之任何手指，共有二指以上缺失者。	11	5%



保障計劃說明

意外傷害事故門診醫療保險金：

被保險人於本契約有效期間內遭受意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內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，本公司按該被保險人門診期間內所發生，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「意外傷害事故門診醫療保險金」。

被保險人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。

門診

係指被保險人經登記合格的醫院或診所診療，但不包含被保險人經醫師診斷其傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。

意外傷害事故住院醫療保險金：

被保險人於本契約有效期間內遭受意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內住院治療時，每日給付新臺幣壹仟元「意外傷害事故住院醫療保險金」。



理賠流程說明

新申請 續賠件

標註(*)欄位請務必填寫完整

被保險人基本資料

賠案編號

保單號碼	(*)姓名	(*)身分(居留)證字號
出生日期 年 月 日	(*)目前服務單位/工作內容	

事故/疾病發生概述 (一張申請書限申請一次事故)

(*)事故日期 年 月 日 時	(*)事故地點
(*)申請項目 <input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 失能保險金 <input 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)	
<input type="checkbox"/> 由警方處理 分局 _____ 派出所 _____ 員警,電話: _____	是否投保其他家傷害(健康)保險? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 投保公司為 _____

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定,關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理或利用,除本公司「產險業務行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外,就 台灣個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理或利用,將於人身保險或財產保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、海外急難救助、追償、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若 台灣不同意本公司蒐集、處理或利用前述資料,本公司將可能無法提供 台灣相關人身保險或財產保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人),已瞭解上述說明,並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內,得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料,以及將上開資料轉送中華民國產物保險商業同業公會、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、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務,其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。立同意書人併此聲明,此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此 致 新光產物保險股份有限公司

(*)立同意書人

即被保險人/受益人: _____ 法定代理人/監護人: _____

身分(居留)證字號: _____ (簽章) 身分(居留)證字號: _____ (簽章)

※未成年人或受有監護宣告者,法定代理人/監護人欄位請務必填妥。

申請日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(*)聯絡地址	(*)聯絡(行動)電話
	E-MAIL

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。1. 匯款至被保險人或受益人帳戶。2. 匯款至法定代理人/監護人帳戶。

且經*另一法定代理人/監護人 _____ (簽章) 同意授權予該法定代理人受領保險金。

並檢附足以證明關係之證明文件(如:戶謄、監護裁定等)。(此限被保險人為未成年人或受有監護宣告者)

*請檢附「存摺封面」影本

戶名	金融機構及分行	金融機構及分行代號	帳號
	銀行 分行		
送件單位	送件人姓名	聯絡電話	



第1頁,共3頁

1. 必填欄位已用*標註

2. 立同意書人處請簽章

(※未成年人或受有監護宣告者,法定代理人/監護人欄位請務必填妥。)



理賠申請檢附文件一覽表

項次	申請項目/文件	保險金				本次所檢文件 請勾選確認
		身故	失能	意外醫療	健康醫療	
1	保險金申請書正本	V	V	V	V	
2	死亡證明書或相驗屍體證明書正(副)本	V				
3	公立或指定醫院出具之失能診斷證明正(副)本		V			
4	被保險人除戶戶籍謄本	V				
5	受益人之身分證明(未成年者另附法定代理人之身分證明)	V	V	V	V	
6	醫院記載入出(加護)病房醫療診斷書正(副)本			V	V	
7	醫療診斷書或住院證明正(副)本	V	V	V	V	
8	醫療費用收據正(副)本			V		
9	印有姓名、日期之影像光碟	V	V	V	V	
10	警方處理紀錄	V	V	V		
11	門診、出院病歷摘要	V	V	V	V	
12	病理切片/檢驗報告	V	V	V	V	
13	受益人個人金融帳戶存摺封面影本	V	V	V	V	
14	其他本公司認為必要之文件	V	V	V	V	

※以上表列正(副)本字樣係指該項文件須經出具單位開立並用印，自行翻印視同無效。

※因每案事故原因及傷況不同，結案文件仍需與理賠人員確認為準。

第2頁，共3頁

1. 依申請的理賠項目檢附對應文件
2. 請黏貼身分證正反面影本

身分證正面影本(請浮貼)	身分證反面影本(請浮貼)



親愛的客戶，您好：

新光產物保險股份有限公司(下稱本公司)依個人資料保護法(下稱資法)第8條第1項(如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項)規定，向您告知如下列事項，請您詳閱：

- 一、蒐集目的：
 - (一) 財產保險(〇九三)。
 - (二) 人身保險(〇〇一)。
 - (三) 行銷(〇四〇)。
 - (四) 消費者、客戶管理與服務(〇九〇)。
 - (五) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。
- 二、蒐集個人資料之類別：

一般個人資料包括但不限於姓名、身分證統一編號(護照號碼或居留證號碼)、出生年月日、住址、聯絡方式(電話號碼、行動電話、電子郵件地址)、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容。

特種個人資料，病歷、醫療、健康檢查等(於法令許可範圍內者)。
- 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/被保險人。
 - (二) 司法警察機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。
 - (三) 當事人之法定代理人、輔助人。
 - (四) 各醫療院所。
 - (五) 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。
- 四、利用之期間、對象、地區及方式：
 - (一) 期間：因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。
 - (二) 對象：

本(分)公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、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、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、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、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、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、依據資法第3條，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、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：以書面或其他日後可供證明之方式。
- 六、您不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：若您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，因此可能絕謝承保、遲延或無法提供您相關服務或給付。

上開告知事項已公告於本公司官網<http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-789-999 免付費專線。本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。

新光產物保險各區郵寄申請地址

北區	台北總公司:104 台北市中山區建國北路二段 15 號	電話:(02)2507-5335
桃竹苗區	中壢分公司:320 桃園市中壢區環西路 121 號 9 樓 A 室	電話:(03)491-1808
	新竹分公司:300 新竹市民生路 192 號 5 樓	電話:(03)533-9121
	苗栗分公司:360 苗栗市中正路 462 號 4 樓	電話:(037)352-311
中區	台中分公司:404 台中市北區臺灣大道二段 340 號 12 樓	電話:(04)2322-1158
	豐原服務中心:420 台中市豐原區圓環西路 23 號 6 樓	電話:(04)2529-0748
	彰化分公司:500 彰化市中山路二段 326 號	電話:(04)724-2147
南區	台南分公司:700 台南市中西區永華路一段 32 號 12 樓	電話:(06)227-1313
高鳳屏區	高雄分公司:800 高雄市新興區中正三路 154 號 6 樓	電話:(07)238-6006

第3頁，共3頁

填寫完畢後請將申請書及理賠應檢附的文件寄至各區窗口。



哪些事故是不能理賠的？

- 由疾病所引起的意外事故。
- 要保人或被保險人的故意行為(自殺、自殘等)。
- 犯罪行為。
- 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。



理賠申請期限？

- 由本保險所生的權利，自得為請求之日起，經過2年不行使而消滅。



理賠作業需要幾天？

- 本公司收到理賠申請書及應檢附文件備齊後，經審核無誤將於15日內給付。