

大專校院校外實習學生團體傷害保險 114學年度作業說明

承保單位 | 新光產物保險股份有限公司

履約期間 | 114年8月1日-115年7月31日

製 作 | 產學組

大綱

- 保障計劃說明
- 投保流程
- 加退保流程
- 理賠流程





保障計劃說明

保障規範

【保障範圍】

凡非因疾病所引起的外來突發事故。(承保24小時)

例如：交通意外等事故(酒後駕車、自殺不予理賠)。

【保障對象】

教育部所轄之各級公、私立大專校院具有學籍之校外實習學生(以記載於被保險人名冊內者為限)。

【履約期間】

自114年08月01日00時 至 115年07月31日24時止。

【保險期間】

可投保一年、11個月、10個月、9個月、8個月、7個月、6個月、5個月、4個月、3個月、2個月、1個月、1日(超過1日不滿1個月視為1個月)

【投保人數】

每張保單最低投保人數為5人。

(一律採記名入單，如需印製團體保險卡，請於要保書上載明。)

承保內容及額度

項目	承保內容	保險額度(單位:新臺幣)
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

承保內容說明(1/2)

【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。

承保內容說明(2/2)

【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」。

保險費計算

投保月數 (個月)	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
金額 (元)	452	429	407	384	362	339	294	249	203	158	113	68

投保流程



表單下載

一、表單下載

	文件名稱	文件下載	填寫範例
投保	要保書(需用印)	 	
	實習生名冊(電子檔)	 	
加/退保	批改申請書(需用印+電子檔)	 	
理賠	114學年理賠申請書(新光產物)		-
	112-113學年理賠申請書(新光人壽)		-
作業手冊	114學年作業手冊(新光產物)		-

校內投保流程說明

第一步：下載與表單填寫

- 產學組網站下載：
 - **要保書** (含保戶權益確認書、實習生核對表)
 - **實習生名冊**
- 完成填寫，Email至產學組

第二步：確認與核章

- 產學組確認無誤→回信通知
- 系所列印「要保書」並核章
- 要保書紙本送回產學組

第三步：產學組用印→投保完成

- 產學組用印
- 系所收到完整用印掃描檔
- 投保流程完成

*若急需發文，亦可將用印掃描檔作為投保證明

投保文件填寫說明-要保書

第1頁，共3頁

【要保書】

填寫投保人數

填寫保險期間，以「月」為單位。

*特別注意保險期間為**24時開始**，若學生於9/1前往機構實習，請以8/31作為起保日。


 地址：104台北市建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335
 免付費24小時服務(申訴)專線：0800-789-999
 要保人可透過本公司網站<http://www.skinsurance.com.tw>
 或至本公司總分支機構查詢資訊公開說明文件

新光產物團體傷害保險要保書

(預留條碼)

113.08.16(113)新產傷發字第 442 號函送保險商品資料庫

保險單號碼	續保單號碼	
姓名/公司名稱	身份證號 統一編號	出生日期 民國 年 月 日
代表人	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 國籍/註冊地 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	職業/行業
聯絡地址	聯絡電話	
關係	被保險人之 <input type="checkbox"/> 本人(以下被保險人資料免填) <input type="checkbox"/> 其他	
被保險人	共 [] 人(詳被保險人名冊) 是否被保險人目前受有監護宣告? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否, 如勾選是者, 請提供相關證明文件。	
保險期間	自民國 [] 年 [] 月 [] 日 二十四 時起 至民國 [] 年 [] 月 [] 日 二十四 時止	

承保內容

保障內容	保險金額	備註
意外身故、失能保險金	200 萬	每次事故給付合計最高 5 萬元
意外傷害事故門診醫療保險金	5 萬	
意外傷害事故住院醫療保險金	1,000 元/日	

總保險費	新台幣 元整。	<input type="checkbox"/> 自費件
特約事項	請印製保險卡	
注意事項	「增額保險金」最高給付限額：同時符合兩項或兩項以上不同特定事故時，本公司僅依較高金額之該項保險金給付。	

用鉛筆寫**第一位學生姓名**，以利本組對應名冊

投保文件填寫說明-要保書

聲明事項

要/被保險人聲明並同意：

- 一、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。
- 二、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。
- 三、本人(被保險人、要保人)同意新光產物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 新光產物股份有限公司

※投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。

※保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。

※本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本，投保人須知、要保書填寫說明請於下方欄位簽名。

※本人(被保險人、要保人)已確認詢問事項、告知事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名。

※本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」條款之內容及規定。

※身故保險金受益人如係分別之指定及如有要保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。

※保險法第 64 條規定，要保人對保險公司書面詢問事項及告知事項，不為說明或不實說明，保險公司得解除契約，並依同法第 25 條規定，無須返還保險費。

核章格式及區域

系章	系所承辦人
	系主任
產學組章	產學承辦人
	產學組長

要保單位簽章

負責人簽章

保經代資訊	招攬人員/登錄字號	保經、代公司簽章	核保	專案代號
收件號：	經辦代號：			99IQY48
單位代號：	招攬人員簽名：			保單收據
員工編號：	登錄字號：			保單正本 份 保單副本 份 收據正本 份 收據副本 份
<p>本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。</p>				

投保文件填寫說明-保戶權益確認書

第2頁，共3頁

【保戶權益確認書】

新光產物保險股份有限公司 團體保險保戶權益確認書

要保單位(要保人為法人)： _____ 國立臺北護理健康大學/○○系 _____
保單號碼： _____

填寫系所「全名」，
需與系章一致

要保單位謹向新光產物保險股份有限公司（下稱新光產險）聲明投保本保單時已確認下列事項：

- 一、要保單位與被保險人已確實瞭解所投保險種、保險金額及保險費支出符合自身的投保目的及與實際需求相當。
- 二、要保單位與被保險人已確認投保時之實際資料與要保書等要保文件上所載之資料一致。
- 三、要保單位已於檢視要保書等相關要保文件內容無誤後簽署相關要保文件，且確認全體被保險人均已同意投保，受益人之指定確經被保險人同意。
- 四、要保單位已確認本保單之被保險人均為要保單位所屬人員或其家屬；要保單位於本保單保險期間內提供予新光產險之本保單被保險人資料，要保單位亦將於確認其等均為要保單位成員及其眷屬且確實皆具辦理該異動(如加保、退保、投保內容異動等)之意願後，方提供予新光產險。
- 五、要保單位已確實瞭解所繳交之保險費係用以購買保險商品。若本保單保險費係由被保險人全額自費，要保單位並已確認被保險成員已同意本保單保險費由其全額負擔。

核章格式及區域

系章	系所承辦人
	系主任

要保單位簽章

日期：中華民國 [] 年 [] 月 [] 日

投保文件填寫說明-實習生核對表

第3頁，共3頁
【實習生核對表】

實習生核對表

本單位計有附件名冊實習學生共 [] 人，參加本校投保實習生團體保險，已確認被保險人基本資料正確無誤。此致新光產物保險股份有限公司。

請確認以下資料是否皆檢附：

- 要保書(需用印)
- 保戶權益確認書(需用印)
- 實習生核對表(需用印)
- 實習生名冊(電子檔即可)

*以下帳戶資訊欄位皆為必填

後續人員異動如有退費，以匯款方式匯入以下指定帳戶

銀行/郵局：[第一銀行]

分行/支局：[天母分行]

帳 號：[1903001230] (請提供存摺帳號影本)

戶 名：[國立臺北護理健康大學 401 專戶]

*以下聯絡窗口欄位皆為必填

要保單位同意新光產物保險股份有限公司透過承辦窗口資訊聯繫並傳遞要保文件(含補件)

投保學校及系所 [國立臺北護理健康大學/研發處]

聯絡人姓名：[江亞瓊]

聯絡人電話：[02 28227101#2714]

傳真號碼：[02 28214444]

電子信箱：[yaxuan@ntunhs.edu.tw]

投保學校：	系章	系所承辦人印
校長(或職務代理人)：		系主任(簽章)
承辦人：	產學組章	產學承辦人(簽章)
		產學組長

中華民國 [] 年 [] 月 [] 日

填寫投保人數，
需與第1頁一致

核章格式及區域

投保文件填寫說明-實習生名冊

【實習生名冊】

繳交電子檔

大專校院校外實習學生團體保險被保險人名冊

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 (民國年月日)	保險費 新台幣 (元)
1	林小明	A123456789	94/01/01	
2	王小明	B123456789	94/02/01	
3	吳小明	C123456789	94/03/01	
4	李小明	D123456789	94/04/01	
5	周小明	E123456789	94/05/01	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

- 檔案為Excel檔，不敷使用請自行增加
- 保費金額不需填寫
- 出生日期請統一以「民國」年填寫

(YY/MM/DD)

範例：民國94年1月1日出生

○ 正確：94/01/01

✗ 錯誤：94/1/1、094/1/1、940101

註：要保單位未能提供個別被保險人聯絡資料者，雙方約定以要保單位之電子郵件信箱或地址為被保險人之聯絡資料，保險公司將依要保單位之聯絡資料通知被保險人。
依保險法第 64 條規定，要保人對保險公司書面 詢問事項，不為說明或不實說明，保險公司得解除契約，並依同法第 25 條規定，無

投保文件檔名格式

投保文件 名稱	電子檔回傳產學組之檔名格式
要保書	要保書 學期_學生校外實習保險_系所名稱_第一位學生姓名+人數_實習課程名稱或梯次
	範例：要保書 11401_學生校外實習保險_護理系_林小明5人_臨床就業選習第一梯
實習生 名冊	名冊 學期_學生校外實習保險_系所名稱_第一位學生姓名+人數_實習課程名稱或梯次
	範例：名冊 11401_學生校外實習保險_護理系_林小明5人_臨床就業選習第一梯

投保注意事項

- 多久前需要Email要保書及名冊予產學組?
 - 起保日前5個工作日。
 - 保費總金額**超過一萬元**，至少於「**起保日前14個工作日**」。
- 保險起保日是否有限制?
 - 僅接受起保日距今60日以前之投保，若超過60日則不受理。

加退保流程



表單下載

一、表單下載

	文件名稱	文件下載	填寫範例
投保	要保書(需用印)	 	
	實習生名冊(電子檔)	 	
加/退保	批改申請書(需用印+電子檔)	 	
理賠	114學年理賠申請書(新光產物)		-
	112-113學年理賠申請書(新光人壽)		-
作業手冊	114學年作業手冊(新光產物)		-

校內加退保流程

第一步：下載與表單填寫

- 產學組網站下載：
 - 批改申請書
- 完成填寫，Email至產學組

第二步：確認與核章

- 產學組確認無誤→回信通知
- 系所列印「**批改申請書**」並核章
- 紙本回傳產學組

第三步：產學組用印→投保完成

- 產學組用印
- 系所收到完整用印掃描檔
- 投保流程完成

*若急需發文，亦可將用印掃描檔作為投保證明

加退保文件填寫說明



地址：104台北市建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335
 免付費24小時服務(申訴)專線：0800-789-999
 要保人可透過本公司網站http://www.skinsurance.com.tw
 或至本公司總分支機構查詢資訊公開說明文件

大專校院校外實習學生團體傷害保險 契約變更申請書

保單號碼	(必填欄位)13- IBP			要保單位	國立臺北護理健康大學			
保險期間				批單號碼				
編號	加/退	轉入日期 (加保填寫)	喪失學籍日期 (退保填寫)	被保險人姓名	身分證字號	出生年月日 (民國年月日)	工作內容	備註
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保						大專校院校外實習學生	
以上加保人數共_____名，退保人數共_____名，保險費合計：(十、一)NT\$_____元整。(由新光產物填寫)								
● 進費付款方式如下： <input type="checkbox"/> 匯款：_____銀行/郵局_____分行/支局，帳號：_____戶名：_____ (請提供存摺帳號影本)								
要保人聲明事項： 1. 本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。 2. 本人知悉貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理、利用或國際傳輸之權利。								
加退保批註 1. 當月份如有加、退保學生，請填寫本表於次月10日前交表格及費用給本公司聯校服務人員 (每月10日前做上一個月之加退保)。 2. 加保學生應以加保當月開始計算應補保險費，退保學生以喪失學籍日次月起計算應退保險費，並於每月辦理由學校收 (退) 應補及應退保費金額。 3. 由查閱地區所屬學校戶轉者，免做加退保手續，保險契約繼續有效。 4. 被保險人已於新光產險或其他保險公司投保意外商品者將於審核後保留承接與否之決定權。 5. 所有申請加保於本保單之被保險人，本公司將依投保內容及其他相關資訊進行核保審核並保留承接與否之決定權。							收件日期	
投保學校 用印處	系章	系所承辦人 系主任	校長(或職務代理 人)用印處	產學組章	產學承辦人 產學組長	聯絡人簽章處：江亞璇_____ 聯絡人電話(分機)：__0228227101#2714_____ 聯絡人電子信箱：__yaxuan@ntunhs.edu.tw_____		
經辦人		招攬人員親簽 登錄字號		核保				

填加保日期

格式同出生日期

填退保日期

格式同出生日期

核章格式及區域

必填。

填寫方式同實習生名冊

民國年(YY/MM/DD)

投保文件檔名格式

投保文件 名稱	電子檔回傳產學組之檔名格式
批改 申請書	加保 學期_學生校外實習保險_系所名稱_學生姓名+人數_實習課程名稱或梯次
	範例：加保 11401_學生校外實習保險_護理系_陳大花2人_臨床就業選習第一梯
	退保 學期_學生校外實習保險_系所名稱_學生姓名+人數
	範例：退保 11401_學生校外實習保險_護理系_李明明1人

理賠流程



表單下載

本簡報理賠說明主要以
「**新光產物**」為主

一、表單下載

	文件名稱	文件下載	填寫範例
投保	要保書(需用印)	 	
	實習生名冊(電子檔)	 	
加/退保	批改申請書(需用印+電子檔)	 	
理賠	114學年理賠申請書(新光產物)		-
	112-113學年理賠申請書(新光人壽)		-
作業手冊	114學年作業手冊(新光產物)		-

校內理賠申請流程

第一步：學生下載表單→系辦

- 學生於產學組網站下載「理賠申請書」
- 填妥並完整檢附所需附件，交至所屬系辦

第二步：系辦→產學組

- 系辦確認資料完整性
- 請系辦協助學生將理賠申請文件送交產學組

第三步：產學組→保險公司

- 產學組再次審核內容
- 寄送至保險公司辦理理賠

理賠申請書填寫說明

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。)

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、財資資訊公司、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	

理賠申請書填寫說明

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

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。

身分證正面影本(請浮貼)	身分證反面影本(請浮貼)

理賠常見問題-哪些事故是不能理賠

- 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。

理賠常見問題-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。



理賠常見問題-理賠作業需要幾天

- 新光產物收到理賠申請書及應檢附文件被其後，經審核無誤將於15日內給付。

