



113學年大專校院校外實習學生團體傷害保險 作業說明

承保單位 | 新光人壽保險股份有限公司

製作 | 產學組

共同供應契約內容

投保表單

投(加)保學生名冊

保障範圍

凡非因疾病所引起的外來突發事故。(承保24小時)

如：天災、交通意外等事故(酒後駕車、自殺、新冠肺炎不予理賠)。

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(不滿1個月視為1個月)

共同供應契約內容

保障內容

- A.意外身故保額：新臺幣200萬元整。
 - B.意外殘廢保障：依殘廢等級給付新臺幣10萬至200萬元。
 - C.實支實付醫療保障：門診(含急診)實支實付最高給付新臺幣5萬元。
 - D.住院日額醫療保障：住院每日給付新臺幣1,000元。
- C+D項目合計最高給付5萬元。

詳細內容見『學生校外實習保險契約內容』

目錄

- 投(加)保流程
- 退保流程
- 理賠流程



投(加)保流程



投(加)保流程(校內)

於產學組網站下載投(加)保表單，
填寫完成

E-mail

產學組審核

產學組將資料上傳保險系統，即
完成投保

投(加)保名冊填寫重點說明

學校名稱	科系	保險生效日期	保險終止日期	學生姓名	學號	身份證字號	出生年月日	計畫別	英文名字(護照上的)	國籍	居留證號(統一證號)	性別
國立高雄科技大學-第一校區	風險管理與保險系	112/08/01	112/08/31	洪培修	u0342041	D122123456	70/01/05	01				
國立高雄科技大學-第一校區	風險管理與保險系	112/08/01	112/08/31	李美麗	u0342048	R212354689	70/06/24	01				
國立高雄科技大學-第一校區	風險管理與保險系	112/08/01	112/08/31	Amanda	u0342018		70/09/07	01	Amanda	越南	E812345678	女性

系所全名

民國年，並以斜線分開
(ex: 112/8/1)

1. 非本國學生需填寫後方欄位
2. 居留證號請確認是否為新式居留證

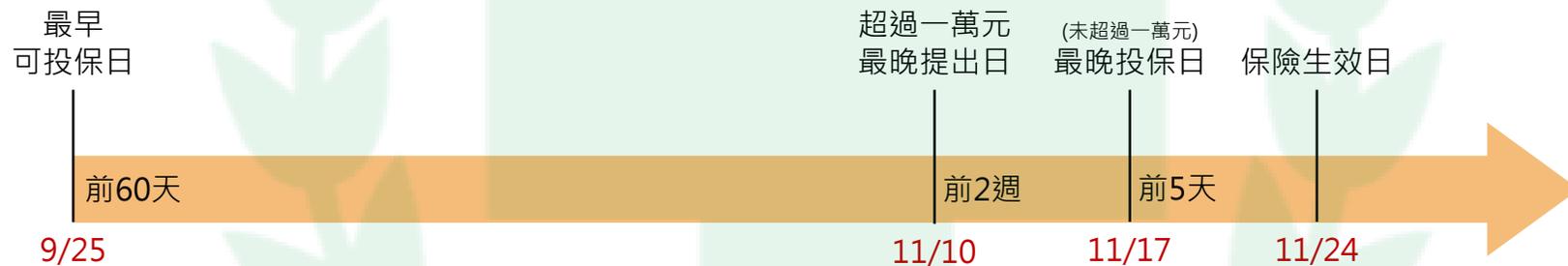
填投保月數，保一個月填「01」，
以此類推

重點提醒：

- 1、目前受益人統一設定為「法定繼承人」，無法指定受益人。
- 2、一個檔案代表一張保單，投保期間不同請分開檔案填報，請勿以多個“工作表”呈現。
- 3、從起始日期午夜0時至終止日期午夜0時，若學生5/31結束實習(當天仍有實習)，則需填到6/1，否則學生6/1當天沒有保障。

投(加)保申請期限

最早可投保日為保險生效日前**60天**，最晚投保日於保險生效日前**2個**工作日提出申請，若保費總金額**超過一萬元**，請**至少前14個**工作日提出申請。



投(加)保檔名格式

投(加)保

格式

(學期)_國立臺北護理健康大學○○系(系所全名)校外團體實習加保名冊_(第一位學生姓名)+(投保人數)_(投保期間)_(備註實習課程或組別)

範例

11201_國立臺北護理健康大學護理系校外團體實習加保名冊_洪培修12人_1120801-
1121201_臨床就業選習

保險費用對照表

(適用113學年)

12個月	600
11個月	570
10個月	540
9個月	510
8個月	480
7個月	450
6個月	390
5個月	330
4個月	270
3個月	210
2個月	150
1個月	90
1日	30

退保流程



退保流程(校內)

於產學組網站下載退保表單，填寫完成

E-mail

產學組審核

產學組將資料上傳保險系統，即完成投保

退保文件填寫重點說明

學生個人基本資料(退保請清除以下資料後再填寫)							如果是外籍人士(如交換學生)請補充以下欄位				
學校名稱	科系	保險生效日期	保險退保日期	學生姓名	學號	身份證字號	出生年月日	英文名字(護照上的)	國籍	居留證號(統一證號)	性別
國立高雄科技大學-第一校區	風險管理與保險系	112/08/01	112/09/15	洪培修	u0342041	D122123456	70/01/05				
國立高雄科技大學-第一校區	風險管理與保險系	112/08/01	112/09/15	李美麗	u0342048	R212354689	70/06/24				
國立高雄科技大學-第一校區	風險管理與保險系	112/08/01	112/09/15	Amanda	u0342018		70/09/07	Amanda	越南	E812345678	女性

與加保名冊相比，退保名冊要多填退保日期，
請勿直接以加保名冊填寫，且僅需填要退保的人

退保檔名格式

退保

格式

(學期)_國立臺北護理健康大學○○系(系所全名)校外團體實習**退保**名冊_(**原保單**第一位學生姓名)_(退保日期)

範例

11201_國立臺北護理健康大學護理系校外團體實習退保名冊_洪培修_1120915



理賠流程



理賠流程（校內）



理賠申請應檢附文件(意外)

理賠申請書	正本	1.填寫方式詳「 理賠文件說明 」 2.請詳填事故日期跟事故經過
診斷證明	正本	如有急診或住院或門診請在診斷書上備註清楚日期
收據	可副本 (但要蓋醫院章)	如看兩間以上醫院或診所，各自都需一份診斷書+收據
事故人存摺封面	影本	如為未成年附上家長的存摺，要有彼此的關係證明，如:戶口名簿
事故人的身份證(或居留證)	影本	

若有造成骨折(骨裂)情形時，請額外再附上X光光碟片。

理賠申請應檢附文件(車禍)

理賠申請書	正本	1.填寫方式詳「 理賠文件說明 」 2.意外請詳填事故日期跟事故經過
診斷證明	正本	如有急診或住院或門診請在診斷書上備註清楚日期
收據	可副本 (但要蓋醫院章)	如看兩間以上醫院或診所，各自都需一份診斷書+收據
事故人存摺封面	影本	如為未成年附上家長的存摺，要有彼此的關係證明，如:戶口名簿
事故人的身份證(或居留證)	影本	
報警三連單	影本	

若有造成骨折(骨裂)情形時，請額外再附上X光光碟片。

理賠申請應檢附文件(海外意外事故)

申請理賠 事前作業 說明

- 1.海外診斷書跟收據(正本跟收據)請妥善保存，回台灣後自行影印(正本跟收據皆要印)。
- 2.到健保局的傷病科會把正本收走，健保局會給您核定費用表正本(自墊核退費用表)
- 3.還有剩餘核定費用表沒有賠的保險公司才會再做理賠，理賠**不一定會全賠**，這個要看理賠條款。

保險公司 需求文件

理賠申請書	正本	1.填寫方式詳「 理賠文件說明 」 2.請詳填事故日期跟事故經過
診斷證明	影本	如有急診或住院或門診請在診斷書上備註清楚日期
收據	影本	如看兩間以上醫院或診所，各自都需一份診斷書+收據
事故人存摺封面	影本	如為未成年附上家長的存摺，要有彼此的關係證明，如:戶口名簿
事故人的身份證(或居留證)	影本	
核定費用表	正本	需經台灣健保局才會拿到
出入境證明(正反面)	影本	
護照(正反面)	影本	

若有造成骨折(骨裂)情形時，請額外再附上X光光碟片。

理賠文件說明(1/2)



新光人壽

新光金控

Shin Kong Life

範 例

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：108 年 02 月 01 日

要 保 單 位		國立臺北護理健康大學						保 單 號 碼		3000123456		
員 工 資 料	員 工 姓 名		林小美						部 門 別 / 員 工 代 號			
	身 分 證 統 一 編 號		B	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	E-Maill address		sample@abc.com									
事 故 人 及 申 請 項 目	姓 名		林小美						與 員 工 關 係		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母	
	身 分 證 統 一 編 號		B	1	2	3	4	5			6	7
	<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"/> 癌症醫療保險金 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金 <input checked="" type="checkbox"/> 門診給付 <input type="checkbox"/> 申請收據差額給付		<input type="checkbox"/> 手術津貼 <input type="checkbox"/> 住院醫療保險金 <input type="checkbox"/> 其他									
	<input type="checkbox"/> 職業災害 ※要保單位是否已先行給付應付之保險金？ <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		107 年 12 月 01 日 15 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。 騎腳踏車跌倒,手骨折	
	事 故 地 點		河濱公園									
	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)	

理賠文件說明(2/2)

給 付 方 式	匯	<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。 <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)。 請另填下列『金融機構匯款同意書』				
	款	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)		
	林小美	新光銀行城中分行	1030305	016501	23456700	

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。

要保單位蓋章： _____ 此致 新光人壽保險股份有限公司

申請人(即受益人)簽章： 林小美
 外籍英文姓名： _____
 身分證統一編號： B123456789
 出生年月日： 95 年 01 月 01 日/國籍： 台灣
 聯絡地址：(郵遞區號 110) 臺北市新光路1號
(※申請人為未成年人或受監護宣告或監護輔助宣告者，併應由法定代理人/監護人/輔助人本人親自簽章併檢附身分證明文件)

法定代理人
 監護人/輔助人 簽章： _____
 外籍英文姓名： _____
18歲以上此區免填
 身分證統一編號： _____
 出生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日/國籍： _____
 聯絡(行動)電話：() 0912-111-222
理賠給付通知書將以填寫之手機號碼傳送簡訊連結方式提供，不再另行寄送紙本理賠給付通知書；如受益人之手機號碼有開啟 LINE 通知型訊息服務，本次理賠結果，將會傳送至建檔手機號碼所設定之 LINE 帳號。
 E-Mail： sample@abc.com
 理賠給付通知書將以填寫之 E-Mail 方式提供，不再另行寄送紙本理賠給付通知

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： _____ 案件單位： _____ 通訊處，代號： _____
 服務人員電話： _____ 送件日期： _____
此部分不需填寫請留空
※服務人員應見證簽章部分確為當事人本人親自簽章並確認當事人身分、關係，如有因不實致生紛爭，應負相關法律責任。

理賠常見QA

•Q1:何謂意外傷害事故

- Ans:意外傷害事故指**非由疾病引起**的外來、突發事故。(不給付保險金：自殺、罹患新冠肺炎、酒駕事故...等。)

•Q2: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。
- 事故後發生**2年內**都可以申請，建議療程結束後再一次申請完畢。

•Q3:理賠作業需要幾天

- 保險公司收到理賠申請書及應檢附文件後，經案件**審核無誤**後於**14日內**給付。

聯絡方式

研究發展處產學合作組 江小姐

分機：2714

Email：yaxuan@ntunhs.edu.tw

