

水環境巡守隊志工您好，為維護您申請保險理賠之利益，請您詳閱理賠申請條件、時間及應檢附的文件，以便我們協助進行保險理賠申請：

申請類別	社會局慰問金	新光產物保險
申請條件	1. 抵達服務地點前或返家途中二小時內發生意外事故 2. 經指派執行一定任務或經指派參加本府及所屬機關辦理之志願服務相關研習、訓練或活動時發生意外事故 3. 在服務時間內，於服務場所發生意外事故	
申請時間	意外事故之次日起 三個月內 (以社會局受理時間為主)	意外事故起 180天內 (以新光產物保險受理時間為主)

● 應檢附資料

核對	編號	文件	份數	備註
	(1)	公文	1	※如範本(如附件一)
	(2)	診斷證明書及醫療費收據(或死亡證明)	2	※診斷證明書於就診時向醫院申請 ※醫療費收據正、影本皆可(影本需蓋診所章或醫院章及"與正本相符章")
	(3)	志工值勤證明	2	※社會局慰問金請檢附「志願服務人員意外事故慰問金」(如附件二) ※新光產物保險請檢附「志工意外團體傷害保險」(如附件三)
	(4)	簽到表	2	巡檢或活動簽到表
	(5)	身分證(正、反面)影本	2	
	(6)	存摺影本	2	自行影印
	(7)	慰問金申請書	1	※申請 社會局慰問金 時檢附(如附件四)
	(8)	志願服務紀錄冊封面及內頁影本	1	※申請 社會局慰問金 時檢附 ※手冊內頁須有完整(含當年度)服勤時數
	(9)	慰問金領據	1	※申請 社會局慰問金 時檢附(如附件五) ※依核發基準填寫領據： ➢ 死亡者，每人新臺幣十萬元 ➢ 連續住院四日以上者，每人新臺幣一萬元 ➢ 其他情形者，每人新臺幣二千元
	(10)	傷害健康保險金申請書(含個人資料蒐集、處理及利用同意書)	1	※申請 新光產物保險 時檢附(如附件六) ※請於第2頁浮貼身分證正反面影本

若有任何疑問，歡迎來電詢問：

威陞環境科技股份有限公司 張國益、楊棋茵

電話：03-335-4021#19、25

地址：330 桃園市桃園區三民路三路 28-1 號 2 樓

附件一、公文範本

○○○水環境巡守隊 函

地址：桃園市○○區○○路○○巷○○號

聯絡人：○○○

電話：(03) ○○○-○○○○

傳真：(03) ○○○-○○○○

(330026)

桃園市桃園區法治路1號1樓

受文者：桃園市政府環境保護局

發文日期：中華民國114年○○月○○日

發文字號：○○水巡字第○○○○○○號

速別：

密等及解密條件：

附件：如說明

主旨：有關本水環境巡守隊員○○○申請社會局慰問金事宜。

說明：

一、本隊○○○於○○○年○○月○○日因出勤水環境巡守隊業務受傷，檢附以下資料以請領相關補助，請查照。

- (1) 桃園市志願服務人員意外事故慰問金申請書
- (2) 志工手冊封面、內頁影本(服勤時數)
- (3) 慰問金領據
- (4) 診斷證明書
- (5) 醫療費收據
- (6) 志工執勤證明書
- (7) 巡檢(活動)簽到表
- (8) 身分證(正、反面)影本
- (9) 存摺影本

正本：桃園市政府環境保護局

附件二、志工值勤證明
(社會局)

桃園市政府_____局
_____年志願服務人員意外事故慰問金
【志願服務人員執勤證明】

1. 所屬志願服務運用單位：

2. 志願服務人員姓名：

3. 身分證字號：

4. 執勤內容：

5. 執勤地點：

6. 意外事故發生時間： 年 月 日 時 分

執行職務中

由家中前往執勤途中

執勤完畢返家途中 其他：

8. 志願服務運用單位：（請用印）

承辦人員：

聯絡電話：

附件三、志工值勤證明
(新光產物保險)

政府 **局**
年 志工意外團體傷害保險

【志願服務人員執勤證明】

1. 所屬志願服務運用單位：

2. 志願服務人員姓名：

3. 身分證字號：

4. 執勤內容：

5. 執勤地點：

6. 事故發生時間： 年 月 日 時 分

7. 事故發生時段(勾選)：

執行職務中

由家中前往執勤途中

執勤完畢返家途中

其他：

8. 志願服務管理單位(要保人)：

志願服務運用單位：

(用印處)

(用印處)

承辦人員：

聯絡電話：

補充說明：

- 一、 本公司提供之志工保險僅保障服務期間(包括因公外出、直接往返住家及工作處所之通勤所需之交通時間)，故請服務管理/運用單位協助用印，並提供相關證明文件，如：執勤簽到簿或執勤名冊。
 - 二、 請將上述資料，連同保險金申請書、住院醫療費用收據正本及費用明細(若申領意外傷害事故門診醫療保險金的給付者，得以醫療費用收據之副本申請給付，惟須加蓋原醫療院所關防)，郵寄本公司申請理賠。
-
-

附件四、慰問金申請書
(社會局)

桃園市志願服務人員意外事故慰問金申請書

服務單位受理日期：

社會局受理日期：

申請人基本資料	姓名		出生年月日	民國	年	月	日
	身分證字號 (無則免填)						
	聯絡電話		志願服務紀錄冊編號				
	通訊地址						
代理人基本資料 (無則免填)	姓名		與申請人之關係				
	身分證字號 (無則免填)						
	聯絡電話		出生年月日	民國	年	月	日
	通訊地址						
意外事故說明	發生時段： <input type="checkbox"/> 前往值勤途中 <input type="checkbox"/> 值勤時 <input type="checkbox"/> 值勤結束返家途中 發生日期、時間、地點、經過及醫療情形：						
檢附資料	<input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 醫療費用收據 <input type="checkbox"/> 死亡證明書 <input type="checkbox"/> 志願服務紀錄冊封面及內頁影本 <input type="checkbox"/> 志工值勤相關證明文件 <input type="checkbox"/> 身分證明文件 <input type="checkbox"/> 其他相關證明文件						
切結說明	<p>請申請人親自簽名及蓋章，如為代理人代為申請，亦須親自簽名及蓋章</p> <p style="text-align: center;">本人申請本慰問金，所提供之資料皆據實填報，若有重複領取、偽造、變造證件或單據等情事經查獲者，除無條件繳回本慰問金外，願負一切法律責任，並同意市政府查調相關資料及配合查核，絕無異議。</p> <p style="text-align: right;">申請人/代理人：_____ (簽名及蓋章)</p> <p style="text-align: center;">日期：民國_____年_____月_____日</p>						

附件五、慰問金領據
(社會局)

領 據

茲向桃園市政府社會局領收到「桃園市志願服務
工作人員意外事故慰問金」新台幣 拾萬 元整，
確實無誤。

此 據

具領人：

(簽章)

身份證字號：

戶籍地址：

服務單位：

與本人之關係：

中 華 民 國 年 月 日

領 據

茲向桃園市政府社會局領收到「桃園市志願服務
工作人員意外事故慰問金」新台幣 壹萬 元整，
確實無誤。

此 據

具領人：

(簽章)

身份證字號：

戶籍地址：

服務單位：

與本人之關係：

中 華 民 國 年 月 日

領 據

茲向桃園市政府社會局領收到「桃園市志願服務
工作人員意外事故慰問金」新台幣 貳仟 元整，
確實無誤。

此 據

具領人：

(簽章)

身份證字號：

戶籍地址：

服務單位：

與本人之關係：

中 華 民 國 年 月 日

附件六、傷害健康保險金申請書(含個人資料
蒐集、處理及利用同意書)
(新光產物保險)

(光) 新光產物保險 傷害健康保險金申請書

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「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外,就 台端個人病歷、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 台端不同意本公司蒐集、處理或利用前述資料,本公司將可能無法提供 台端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

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)

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

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（下稱個資法）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) 司法警憲機關、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、依據個資法第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）：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