○○○○○○協會函

附件1

地址：

承辦人：

電話：

傳真：

電子信箱：

**受文者：新北市政府社會局**

發文日期：

發文字號：

密等級解密條件或保密期限：

附件：

**主旨：有關本會所屬75歲(含)以上志工辦理志工保險案，請鑒核。**

**說明：**

一、依據貴局113年1月5日新北社區字第1130031360號函辦理。

二、有關本會所屬75歲(含)以上志工，查前次保險契約已屆滿者共計 名，請貴局協助辦理志工保險事宜。

三、檢附申請文件如下：（以下電子檔已寄至信箱：vtcletsgo@gmail.com）

(一)志工意外團體保險投保資料表(志工名冊)。

(二)其他文件資料：立案證書、負責人當選證明書、志工隊備案證書及投保志工志願服務紀錄冊及身分證影本等資料

新北市○○區○○社區發展協會函

地址：

承辦人：

電話：

傳真：

電子信箱：

**受文者：新北市○○區公所**

發文日期：

發文字號：

密等級解密條件或保密期限：

附件：

**主旨：有關本會所屬75歲(含)以上志工辦理志工保險案，請鑒核。**

**說明：**

一、依據新北市○○區公所113年 月 日 字第　　　　號函辦理。

二、有關本會所屬75歲(含)以上志工，查前次保險契約已屆滿者共計 名，請貴所協助層轉社會局辦理志工保險事宜。

三、檢附申請文件如下：（以下電子檔已寄至信箱：vtcletsgo@gmail.com）

(一)志工意外團體保險投保資料表(志工名冊)。

(二)其他文件資料：立案證書、負責人當選證明書、志工隊備案證書及投保志工志願服務紀錄冊及身分證影本等資料。

新光產物保險股份有限公司

附件2

志工意外團體保險投保資料表

**（請填寫單位名稱） 　　　 志工名冊**

保險期間: 年 月 日起至 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **志工姓名** | **身份證字號** | **出生年月日** | **志工服務內容**  **(請詳述實際工作內容)** | **投保組別/項次** |
|  |  |  | 範例: 電話接聽、關懷訪視、櫃檯引導及活動支援等 | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |
|  |  |  |  | 1-1 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申請單位資訊** | | | |
| **聯絡人姓名** |  | **聯絡電話(手機)** |  |
| **投保志工人數** |  | **填寫日期** | **年　　月　　日** |
| **志工督導核章** |  | **單位負責人核章** |  |

**傷害健康保險金申請書**

附件3

□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 | | □身故保險金 □失能保險金 | | □意外醫療保險金 | | | □健康醫療保險金 | | □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**) | | | | | | | | | | |
| □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? □否 □是  投保公司為 | | | | |
| **調查同意暨聲明書** | 1. 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。 2. 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。 3. 立同意書人因向新光產物保險股份有限公司(下稱新光產物)申請被保險人 （ 年 月 日生；身分證號 ）保險給付之需要，以保險契約受益人（與被保險人關係 ）之身分，同意貴醫療院所、健保署、檢驗所、地檢署、警察（分）局、派出所、消防、救護及各保險公司等相關機關/單位協助並提供新光產物所指派之人員調閱、抄錄、影印或詢問被保險人(病名： )之就診且不限科別之相關病歷、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用。   上述欄位如有空白，立同意書人同意委由新光產物職員代為填寫，並聲明：立同意書人同意並委託新光產物就本同意書為影印使用且本同意書之影本與正本具同等效力。   1. 立同意書人已詳閱新光產物保險公司所提供之「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，並同意新光產物於理賠目的及法令許可範圍內，蒐集、電腦處理及利用本人之個人資料，並將前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、財團法人保險犯罪防制中心及財團法人保險事業發展中心建立電腦連線資料。 2. 若提出身故理賠時，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，立同意書人(受益人)同意新光產物將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。   此 致 新光產物保險股份有限公司及各有關醫療院所暨相關單位  (**＊**)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，法代/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)** |

附件4

**○○○○○○協會志願服務人員意外事故保險**

**【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. **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:** |

**7. 志願服務運用單位： (請蓋單位大印)**

**單位聯絡人：**

**聯絡電話：**

**補充說明：**

* 1. 新光產險提供之志工保險僅保障服務期間，及往返之交通時間(2小時)故請服勤單位協助用印，加以確認資料。(或提供時數證明、簽到資料)
  2. 請將上述資料，連同申請書、診斷書、收據(收據使用副本需醫院用印)函送新北市政府社會局(社區發展協會應送區公所層轉社會局)，俾利轉送保險公司辦理理賠事宜。