**新北市政府社會局協助民間團體辦理高齡志工意外團體保險計畫  
(社會福利類及綜合服務類志願服務團隊適用)**

113年1月3日修訂

1. **緣起：**
2. 衛生福利部委託臺灣銀行採購部辦理「志工意外團體保險」共同供應契約案(招標案號：LP5-111034-1)訊息，契約有效期間自111年11月6日起至113年11月5日止，得標廠商及保險內容如下：
3. 新光產物保險：特定傷害保險，保險期間為執行勤務期間前後2小時，保額為150元/人。
4. 第一產物保險：普通傷害保險，保險期間為全日24小時，保額為800元/人。
5. 前開「志工意外團體保險」，係為政府採購契約，故針對政府機關（適用機關）志工無投保年齡限制，惟針對民間單位（非適用機關）訂有投保志工年齡限制，「新光產物保險」為年滿15足歲至75歲志工；「第一產物保險」為15足歲至80歲志工**。**為保障本市高齡志工服勤安全與權益，續將**由本(社會)局協助社會福利及綜合服務類民間志願服務運用單位75歲(含)以上高齡志工辦理投保（新光產險）事宜**。
6. **辦理機關：**新北市政府社會局
7. **計畫內容：**
8. **投保標的：**
9. 投保廠商：新光產物保險
10. 投保內容：志工意外團體傷害保險(特定傷害保險)，包括執行勤務期間，含往返交通前後各2小時內，投保組別及額度如下表：

| **組別-項次** | **職業類別** | **保險金額(元)** | |
| --- | --- | --- | --- |
| **死亡/失能** | **(1)傷害醫療**  **(2)住院日額** |
| 1-1 | 1類、2類、3類 | 100萬 | (1)新臺幣30,000元 (2)新臺幣1,000元(不含骨折未住院) |

1. **投保對象：**協助投保之高齡志工應符合以下兩項資格
2. 隸屬於新北市政府社會局志願服務備案之社會福利類及綜合服務類團隊，且志願服務工作推動運作正常（如定期繳交服務報表、有相關服務紀錄表單或簽到表等）之**民間志願服務運用單位**。
3. 於前項備案之志願服務運用單位「持續服勤（提供志願服務工作）」，且「領有志願服務紀錄冊」、「前次志工團體保險期限將屆滿」之**「投保當月滿75歲(含)以上」志工**。
4. **投保方式與規定：**
5. **受理申請對象：**
6. 本計畫以**志願服務運用單位**作為申請對象，不接受志工自行提出申請。
7. 申請單位應向新北市政府社會局完成社會福利及綜合服務類志願服務隊備案，且志願服務工作推動運作正常之民間志願服務運用單位，包括定期繳交服務報表、有相關服務紀錄表單或簽到表等，且無暫停服務之情形等。
8. **受理案件期限及投保契約期間說明：**
9. 首次投保/續保：前次保險期間截止日為113年3月1日，為辦理**113年3月1日至114年3月1日**保險事宜，請於**113年2月15日(星期四)**前送件申請。
10. 加保：本局每月辦理加保作業，為避免影響當月申請單位送件核保情形，**受理收件截止日為每月15日**，如超過截止收件期間送件者，則列為次月加保批次，投保期間自申請單位完成投保月份(當月)起算，保單生效日為投保月份(當月)1日，保險契約**截止日為114年3月1日止（固定日期）**。

**(市府社會局受理及初審)**

**受理單位送件)**

**每月15日前**

**(郵戳為憑)**

**※社區發展協會應送公所層轉社會局辦理申請**

**審核  
(含退補件)**

**寄送  
新光產險**

**每月25日前  
(遇假日提前)**

**符合**

**(新光產險核保)**

**新光產險**

**審核**

**不符合**

**完成納保**

**退請  
單位補正**

**通知  
運用單位**

**納保結果**

**投保流程圖：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **作業階段** | **作業流程** | **權責機關 ／作業期限** |
| **準**  **備**  **階**  **段** | **1.單位申請** | **1.已完成社會福利及綜合服務類志願服務隊備案之單位檢附申請文件提出申請**  **2.社區發展協會應送公所層轉社會局辦理申請** |
| **審**  **核**  **階**  **段** | **每月15日收件截止**  **每月25日前完成用印並協助送保**  **可補正且於期限內補正**  **3.1審核**  **3.2通知補正**  **不符合**  **逾期未補正**  **或不可補正**  **3.3退件**  **符合**  **4.協助投保**  **2.受理窗口收件** | **2.每月15日收件截止**  **2.-4.**  **7天(不含補正天數3天)/社會局**  **4.每月25日前完成用印並協助送保(遇假日提前至上班日)** |

1. **投保應備表件：**
2. 公文（附件1）。
3. 志工意外團體保險投保資料表(志工名冊) （附件2）。
4. 佐證文件資料：申請單位立案證書（或法人登記證明）及負責人當選證明書、志願服務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。
5. **理賠流程及申請表件：**
6. 說明：如有理賠案件，請運用單位協助所屬志工填列理賠申請表件及檢附佐證資料，並於事件發生後6個月內函送本局（社區發展協會應送區公所層轉社會局），續由本局協助轉送保險公司審核。
7. 理賠應備文件：
   1. 傷害健康保險金申請表(附件3)：表內被保險人基本資料請填寫理賠志工資料，送件單位請填寫單位聯絡人資料。
   2. 志願服務人員執勤證明(附件4)：表內之志工值勤內容、執勤地點及事故發生時間請詳實填寫，並與佐證之服勤簽到表及時數證明等資料內容相符。
   3. 相關佐證資料，如：診斷證明書、醫療費用收據及志工服勤簽到表等。

附件1

○○○○○○協會函

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 日新北社區字第　　　　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。