



全民愛健康
十大死因

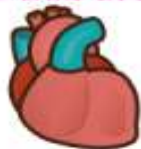
108年國人十大死因

健談
havemary.com
圖文創作：健談

第**1**名
惡性腫瘤



第**2**名
心臟疾病



第**3**名
肺炎



第**4**名
腦血管疾病



第**5**名 糖尿病



健談 havemary.com



第**6**名
事故傷害



第**7**名
慢性下呼吸道
疾病



第**8**名
高血壓性疾病



第**9**名
腎炎、腎病症
候群及腎病變



第**10**名 慢性肝病及肝硬化



更多資訊請上 健談 havemary.com





保障內容

01

意外險



02

意外傷害住院



03

意外傷害實支實付





意外險專案內容說明

保險項目/保障內容	保額			
	員工	配偶	子女	父母
傷害保險	100萬~1000萬	100萬~200萬	100萬~200萬	100萬~200萬
重症燒燙傷給付〈註一〉	35%	35%	35%	35%
傷害住院日額保險	2000/日	1500/日	1500/日	1500/日
加護病房保險金〈註二〉	2000/日	1500/日	1500/日	1500/日
骨折未住院保險金〈註三〉	最高1000元*所定天數	最高750元*所定天數	最高750元*所定天數	最高750元*所定天數
意外傷害醫療保險	3萬	2萬	2萬	2萬

※以上相關規定須以保單條款為準

投保資格

- 1、彰化縣政府所屬機關員工
- 2、員工配偶
- 3、員工的子女
- 4、員工的父母



投保資格-員工

1 含編制外約聘、僱及臨時人員

2 初次投保最高受理年齡為70足歲。



投保資格-員工配偶

1 指員工法律上認定的配偶。



投保資格-員工子女

1 以未滿23足歲以下為限。

2 未滿15足歲以下者只能投保100萬（無死亡保額）

※保險法107條修正，99.2.1總統公告



員工的父母

1 70足歲以下為限。

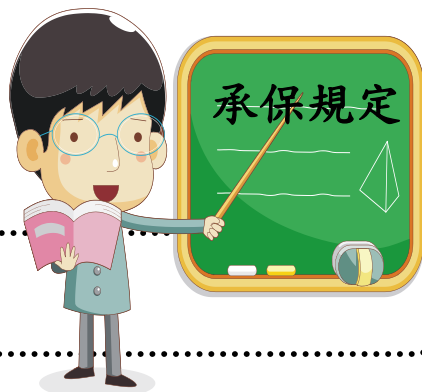
2 續保可至80足歲。

3 指直系血親。



※以上相關規定須以保單條款為準

一、意外險



員工100~1000萬元

配偶100~200萬元（不得高於員工本人）

子女100~200萬元
（15歲以下一律100萬元，無死亡保額，每名保費300元）

同時具備員工及眷屬二種身份者，
僅能選擇以一種身份 子女亦同。

二、意外傷害住院



員工每人每日2,000元



眷屬一律每人每日1,500元



三、意外傷害實支實付

員工一律3萬元

眷屬一律2萬元



※以上相關規定須以保單條款為準

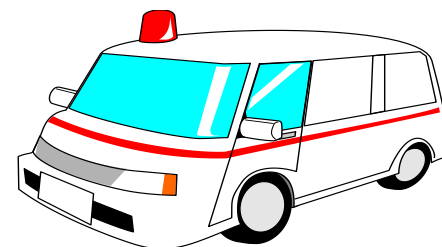


〈註一〉重症燒燙傷給付

被保險人於本契約有效期間內遭受第五條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本條第二項約定之「重症燒燙傷」者，本公司按保險金額之百分之三十五給付「重症燒燙傷保險金」。但超過一百八十日致成重大燒燙傷者，受益人若能證明被保險人之重大燒燙傷與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。

「重症燒燙傷」係指由火焰、化學物品、電器、輻射能、爆炸、或高溫造成皮膚損傷或肺功能障礙，其嚴重程度達下列四種情形之一者，且自意外傷害事故發生日起第15日仍生存者而言：

- 一、二度燒燙傷面積全身之廿% (含) 以上。
- 二、三度燒燙傷面積全身之十% (含) 以上。
- 三、顏面燒燙傷合併五官 (臉、眼、耳、鼻、口) 功能障礙。係指下列二種情形均符合者：
 - (一).眼及其附屬器官(如水晶體、瞳孔、角膜、視網膜等等)之燒傷。
 - (二).臉及頭之燒傷，深部組織壞死 (深三度)，併有身體部份損傷。



四、肺部有吸入熱氣或煙而引發肺功能障礙。所謂肺功能障礙係指須由呼吸科（胸腔科）專科醫師透過肺功能檢查認定為重度，且經三個月治療仍未改善者。

其燒燙傷面積的計算係按「九的法則」（如附註），
計算出燒燙傷部份佔全身體表面積的百分比。

被保險人於本契約有效期間內因不同意外傷害事故申領重症燒燙傷保險金時，
本公司累計給付金額最高以保險金額為限。

〈註二〉 加護病房保險金



被保險人於本契約有效期間內遭受第三條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，於登記合格的醫院接受加護病房住院治療者，本公司除給付「傷害住院保險金」外，另按本契約約定之「傷害住院保險金日額」乘以其實際住進加護病房之日數，給付「加護病房保險金」。但超過一百八十日繼續治療者，受益人若能證明被保險人之治療與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。

前項每次傷害給付日數不得超過**四十五日**。



傷害住院日額 2000元

- 1.完全骨折 1/2 → 1000元
- 2.不完全骨折 1/4 → 500元
- 3.龜裂 1/8 → 250元

〈註三〉 骨折未住院保險金

項目	名稱	天數	項目	名稱	天數
1	鼻骨、眶骨	14	11	骨盤(括腸骨、恥骨、坐骨、薦骨)	40
2	掌骨、指骨	14	12	肱骨	40
3	蹠骨、趾骨	14	13	橈骨與尺骨	40
4	下顎(齒槽醫療除外)	20	14	腕骨(一手或雙手)	40
5	肋骨	20	15	脛骨或腓骨	40
6	鎖骨	28	16	踝骨(一足或雙足)	40
7	橈骨或尺骨	28	17	頭蓋骨	40
8	膝蓋骨	28	18	股骨	50
9	肩胛骨	34	19	脛骨及腓骨	50
10	椎骨(包括胸椎腰椎及尾骨)	40	20	大腿骨頸	60

※以上相關規定須以保單條款為準

理賠申請

進入新光人壽網站 www.sk1.com.tw

1

- 保戶服務
- 投資理財
- 商品服務
- 會員專區
- 企業社會責任
- 關於我們

- 保戶服務
- 保單服務
- 服務據點
- FAQ
- 表單下載
- 保戶心聲
- FATCA法案

首頁 > 保戶服務 > 表單下載

字級 **標準** **最大**

表單下載

- 保戶服務
- 保單借款
- 房貸申請
- 旅行平安險
- 保全給付
- 保單理賠**

2

表單名稱	用途	下載
一般理賠申請書下載	申請個人壽險主約或附加醫療傷害給付	
團體理賠申請書	申請團體保險各項給付	

3



新光人壽

新光金控 | Shin Kong Life

108年6月版本

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： 年 月 日

要保單位		保單號碼	
員工資料	員工姓名	部門別/員工代號	
	身分證統一編號	聯絡電話/行動電話	
事故人及申請項目	姓名	與員工關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶
	身分證統一編號		<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母
	<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"/> 手術津貼 <input type="checkbox"/> 住院醫療保險金		
	<input type="checkbox"/> 癌症醫療保險金 <input type="checkbox"/> 傷害醫療保險金 <input type="checkbox"/> 門診給付 <input type="checkbox"/> 其他		
<input type="checkbox"/> 申請收據差額給付 <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 type="checkbox"/> 意外(請詳填「意外事故內容」)			
意外事故內容	發生時間	年 月 日 時	請經 闕 述 事 故 過 ※如有需要或醫方證明文件或檢驗報告等與轉報時，請提供點數或相關資料。
	事故地點		
	處理事故單位/承辦人員/聯絡電話 (分局/派出所/地檢署)	(請刪免填)	

※申請書除虛線及底欄位視需要填寫外，其餘資料請詳細填寫，以利縮短作業時間。

給付方式	<input type="checkbox"/> 匯款至申請人或受益人帳戶 <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。) 請另填下列「金融機構匯款同意書」			
	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)

申請項目為身故保險金者，為確認本次理賠申請所檢附相關屍體證明書(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： _____ 法定代理人 簽章： _____
 監護人/輔助人 簽章： _____

身分證統一編號： _____ 身分證統一編號： _____
 出生年月日： 年 月 日/國籍： _____ 出生年月日： 年 月 日/國籍： _____

聯絡地址：(郵遞區號) _____ 聯絡(行動)電話：() _____

(※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證明文件) ※填寫行動電話將做為發出理賠簡訊服務之用

門急診收據合計表線上建構序號： _____

服務人員簽章： _____ 服務人員ID： _____ 送件單位： _____ 通訊處代號： _____

服務人員電話： _____ 送件日期： _____

※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。

108年6月版本

※以上相關規定須以保單條款為準

各地服務中心理賠服務

服務中心	地址	電話	傳真
新北服務中心	新北市板橋區中山路一段141號7樓	02-77059766	02-29637109
台中服務中心	台中市西屯區文心路二段645號3樓	04-22540200	04-22514478
台南服務中心	台南市中西區民生路二段307號4樓	06-2235717	06-2224803
高雄服務中心	高雄市新興區七賢一路251號12樓	07-9766537	07-2382239

總公司電話：02-23895858 # 2324 藍姿香

地址：台北市忠孝西路一段66號17樓