

彰化縣員林市 115 年度市民團體意外傷害保險說明

一、保險期間和保險範圍

- 保險期間：115 年 4 月 1 日 0 時至 116 年 4 月 1 日 0 時。
- 被保險人：設籍登記本市市民。
- 保險範圍：於保險有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致失能或死亡時，給付保險金。
- 『意外傷害事故』：指非由疾病引起之外來突發事故。(長期累積之病症非意外傷害事故)
- 受益人：身故保險金受益人為被保險人之法定繼承人，失能保險金受益人為被保險人本人。

二、承保類別、保額

類別	給付項目	保額 (新台幣)	備註
意外身故	意外身故保險金	66 萬元	
意外傷害	失能保險金(最高)	66 萬元	實際理賠須依失能等級表所列之給付比例計算
	意外實支實付(最高)	2 萬元	收據(正本或副本)~非影印本
	意外住院日額	1,000 元	1.最高 90 天 2.骨折未住院保險金

三、傷害醫療保險金

實支實付：遭受意外傷害事故，…經登記合格的醫院或診所治療者，..就其實際醫療費用，超過全民健保部分，給付傷害醫療保險金。...被保險人不以全民健康保險之保險對象身分診療；或前往不具有全民健康保險之醫院診療者，致各項醫療費用未經全民健康保險給付，承保公司依被保險人實際支付支各項費用之 70% 給付。

四、住院日額、骨折未住院

住院日額—最高 90 日，骨折未住院保險金：依各部位表定日數扣除住院日數後再依骨折 3 種程度給付，完全骨折 (日額 1/2)、不完全骨折 (日額 1/4)、龜裂 (日額 1/8)。

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

五、除外責任、不保事項

原因：

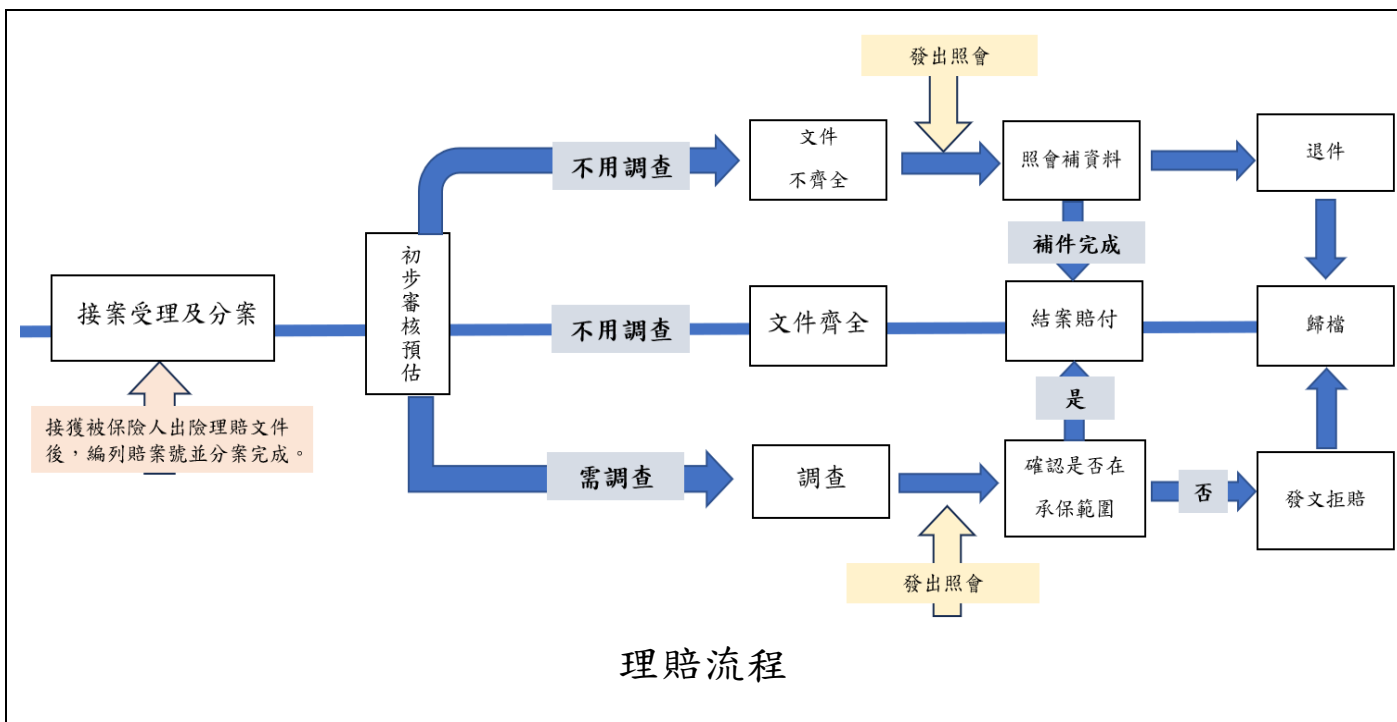
1. 被保險人的故意行為。
2. 被保險人的犯罪行為。
3. 被保險人酒後駕(騎)車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。
4. 戰爭(不論宣戰與否)、內亂及其他類似的武裝變亂。
5. 因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。

六、不保事項

期間：

1. 被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。
2. 被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。

七、承保保險受理案件：



八、保險金申請書填寫-請使用 114 年 10 月版



兆豐保險
Chung Kuo Insurance

傷害險、健康險暨旅綜險保險金申請書

114 年 10 月版

個人保險理賠服務部地址：10044 台北市中正區武昌街一段 58 號 1 樓

電話：02-21910015 傳真：02-23811765

保單號碼		保險期間	民國 年 月 日至民國 年 月 日			
被保險人姓名		出生 年 月 日	身分證字號			
被保險人通訊地址： 縣市 鄉/鎮/區/市 路/街 段 巷 弄 號 樓						
電話：(公) (宅) (手機) Email:						
申請原因	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 旅綜險/不便險 (旅程取消/班機延誤/旅程更改/行李延誤/行李損失) <input type="checkbox"/> 其他 是否為續賠件： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 事故日期： 年 月 日 時 地點： 請詳述事故發生經過(或疾病名)					
	本次事故曾就診醫療院所 (名稱及電話)		1.	2.		
警方處理單位		分局		話：		
是否投保其他保險公司保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是請告知：						

基本資料都要填寫
地址、電話
一定要留(聯絡用)



傷害險、健康險暨旅綜險保險金申請書

114年10月版

個人保險理賠服務部地址：10044 台北市中正區武昌街一段

1.理賠申請原因項目請勾選
2.意外事故日期、時間、地點及
事故發生經過都要寫

保單號碼		保險期	
被保險人姓名		出生	
被保險人通訊地址： 縣/市 鄉/鎮/區/市		路/街 巷 弄 號 樓	
電話：(公) (宅) (手機)		Email：	
申請原因	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 旅綜險/不便險 (旅程取消/班機延誤/旅程更改/行李延誤/行李損失) <input type="checkbox"/> 其他 是否為續賠件： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 事故日期： 年 月 日 時 地點： 請詳述事故發生經過(或疾病名)		
	本次事故曾就診醫療院所(名稱及電話) 1. 2. 3. 4.		
警方處理單位		分局	派出所，承辦員警： 電話：
是否投保其他保險公司保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是請告知：			



傷害險、健康險暨旅綜險保險金申請書

114年10月版

個人保險理賠服務部地址：10044 台北市中正區武昌街一段 58 號 1 樓 電話：02-21910015 傳真：02-23811765

保單號碼		保險期間	民國 年 月 日至民國 年 月 日
被保險人姓名		出生 年 月 日	身分證字號
被保險人通訊地址： 縣/市 鄉/鎮/區		路/街 巷 弄 號 樓	
電話：(公) (宅)			
申請原因	<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 旅綜險 是否為續賠件： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 事故日期： 年 月 日 時 請詳述事故發生經過(或疾病名)		
	本次事故曾就診醫療院所(名稱及電話) 1. 2.		
警方處理單位		分局	派出所，承辦員警： 電話：
是否投保其他保險公司保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是請告知：			

1.就診醫療院所請填寫正確名稱
(總院?分院?)
2.有警方處理時請填寫處理單位
3.有投保其他保險公司保險請註明
Ex.國泰、新光、南山

給付方式	<input type="checkbox"/> 匯款	戶名	行庫名稱	分支行庫名稱	帳號
	<input type="checkbox"/> 支票	寄送至： 若有特殊原因欲取消禁背者請另填寫「取消禁背切結書」。			

1. 保險金以匯款為主
2. 請提供帳戶影本 (核對使用)

產險業履行個人資料保護法告知義務內容
北豐產物保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定,向台端告知下列事項,請台端詳閱:

一、蒐集之目的:(一)財產保險(〇九三)(二)人身保險(〇〇一)(三)行銷(包含金控共同行銷業務)(〇四〇)(四)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、蒐集之個人資料類別:姓名、身分證統一編號/護照號碼。

三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供,而為間接蒐集)。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式:(一)期間:北豐產物保險股份有限公司、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保業務之公司。

五、依據個資法第三條規定,台端就本公司保有台端之個人資料,有補充或更正、3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除之。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人提供作業,因此可能無法承接、遲延或無法提供台端相關服務)。

【註】:上開告知事項已公告於本公司官網(https://www.nbf.com.tw)

聲明暨授權同意事項

一、茲因向北豐產物保險股份有限公司申請保險給付之需要,主管機關、警察局(派出所、交通隊)、消防、救護、地政、電檢檔案資料予該公司做為參照之用。(本授權書之影本,如為申請身故理賠項目,為確認本次理賠申請所檢附相關資料之真實性)。

二、本人申請保險給付, 同意 不同意委任送件業務員/代理人,若有親會,請 聯繫業務 直接聯繫保戶。

三、本人申請保險給付, 同意 不同意委任送件業務員/代理人,若有親會,請 聯繫業務 直接聯繫保戶。

(立書人已閱讀、瞭解上開告知事項,並同意提供本人個人資料)

1. 被保人/受益人請親自簽名或蓋章
2. 未滿 18 歲請法定代理人親自簽名或蓋章
3. 未滿 18 歲請提供被保人身分證明文件 (身分證正反面影本、最新戶口名簿影本、最新戶籍謄本正本)

立同意書人(被保險人/受益人): _____ 簽章 法定代理人/監護人: _____ 簽章

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

個人保險理賠服務部	送件單位	日期	章
收文	送件人單位/姓名	電話	身分證字號
章	Email		

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

「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,得於人身保險及財產保險業務範圍及其他應遵行事項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)為之。本人已瞭解若不同意,貴公司蒐集、處理或利用前述資料,貴公司將可能無法提供本人相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

立同意書人(被保險人/受益人): _____ 簽章 法定代理人/監護人: _____ 簽章

九、應備文件(身故)

1. 保險金申請書(全部受益人簽名 or 蓋章{簽名不可相同},受益人未滿 18 歲另需法定代理人簽名 or 蓋章)。
2. 繼承系統表(簽名 or 蓋章)。
3. 意外事故證明文件—警方當事人登記聯單、現場圖、現場照、交通事故初判表;其他意外:警方報案紀錄、工安事故意外報告。
4. 醫院證明文件—病歷、診斷書正本、乙醇酒測值表。
5. 相驗屍體證明書正本。
6. 被保險人除戶戶籍謄本正本。
7. 全戶戶籍謄本手抄本正本(85-86年前家庭需戶籍謄本手抄本),以確定法定繼承人人數。
8. 個別受益人個別戶籍謄本(若受益人之一已過世,需除戶戶籍謄本正本)。
9. 受益人身分證、存摺封面影印本。

法定繼承人順位

法定繼承人之順位及應繼分(民法§1138&1144 條)	
受益人順位	除配偶外，依以下順序
第一順位	對象：直系血親卑親屬 分配比例：有配偶時，配偶與子女共同均分；無配偶時，由子女（殁子女由其子女全部代位）共同均分。
第二順位	對象：父母 分配比例：有配偶時，配偶 1/2，父母共 1/2；無配偶時，父母共同均分。
第三順位	對象：兄弟姐妹 分配比例：有配偶時，配偶 1/2，兄弟姐妹共 1/2；無配偶時，兄弟姐妹共同均分。
第四順位	對象：祖父母 分配比例：有配偶時，配偶 2/3，祖父母（含外祖父母）共 1/3；無配偶時，祖父母（含外祖父母）共同均分。

十、應備文件(失能)

1. 保險金申請書(二處需被保險人簽名 or 蓋章，受益人未滿 18 歲另需法定代理人簽名 or 蓋章)。
2. 失能診斷書(註明現況、失能程度，事故發生後滿半年以上開立)急診病歷、住院病摘、出院後復健門診病歷〔於審定「神經障害等級」時，須有精神科、神經科、神經外科或復健科專科醫師診斷證明及相關檢驗報告(如簡式智能評估表(MMSE)、失能評估表(modified Rankin Scale, mRS)、臨床失智評估量表(CDR)、神經電生理檢查報告、神經系統影像檢查報告及相符之診斷檢查報告等)資料為依據，必要時保險人得另行指定專科醫師會同認定。〕
3. 意外事故證明文件—
 - (1) 車禍：交通事故登記聯單、交通事故初判表、現場圖、現場照、酒測值表(行人、乘客不用)。
 - (2) 工作時意外：工安事故意外報告、警方報案紀錄、或可資證明資料。
 - (3) 其他意外：警方報案紀錄。
 - (4) 身份證正、反面影印本，存摺封面影印本。

十一、應備文件(傷害醫療)

1. 實支實付、住院日額:保險金申請書(二處需被保險人簽名 or 蓋章)，診斷證明書正本、收據(正本或副本)、意外事故證明文件、存摺封面影印本。
2. 若有骨折附上 X 光片。

※前項應備文件由民眾向本所提出申請，請儘速自事實發生起 1 個月內備齊申辦。

*兆豐產物保險股份有限公司諮詢窗口：

承保經辦：林仁頂 04-7625888 分機 66 、 04-7625888 分機 35

理賠部專線 02-21910015 分機 8161

客戶免費電話:0800-053-588

*員林市公所諮詢及收案窗口:各里辦公處里幹事及社會課