

『111年度大專校院校外實習學生團體保險』 作業說明會

履約期間：111年08月01日-112年7月31日

招標案號：LP5-111031-1

簡報大綱



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

- 保障計劃說明
- 投保流程、文件
- 加退保流程、文件
- 理賠程序、文件
- Q & A

保障計劃說明



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

保障範圍：

凡非因疾病所引起的外來突發事故。**(承保24小時)**
如：天災、交通意外等事故(酒後駕車、自殺不受理賠)。

保障對象：

教育部所轄之各級公、私立大專校院具有學籍之校外實習學生(以記載於被保險人名冊內者為限)。

履約期間：

自**111年08月01日00時** 至 **112年07月31日24時**止。

保險期間：

可投保一年、11個月、10個月、9個月、8個月、7個月、6個月、5個月、4個月、3個月、2個月、1個月、1日**(超過1日不滿1個月視為1個月)**

投保人數：

每張保單最低投保人數為5人，如未滿5人請洽本公司個人傷害保險專案。
(一律採記名入單，如需印製團體保險卡，請於要保書上載明。)

保障計劃說明



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

保障內容：

單位：新臺幣

項目	承保內容	保險額度
A	意外身故	200萬元
B	意外失能	依失能等級給付10萬 ~ 200萬元
C	實支實付醫療(限門診、急診)	最高給付5萬元
D	住院日額醫療保障	每日給付1,000元
C+D項目合計最高給付5萬元		

保障計劃說明



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

身故保險金：

被保險人於本契約有效期間內遭受契約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**死亡者**，本公司按該被保險人保險金額給付身故保險金。

但超過一百八十日死亡者，受益人若能證明被保險人之死亡與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。

失能保險金：

被保險人於本契約有效期間內遭受契約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**附表所列失能程度之一者**，本公司給付失能保險金，其**金額按該表所列之給付比例計算**。

但超過一百八十日致成失能者，受益人若能證明被保險人之失能與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。

保障計劃說明



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

傷害醫療保險金(實支實付型)：

被保險人於本契約有效期間內遭受契約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，經登記合格的醫院或診所**門診方式**治療者，本公司就其實際醫療費用，超過全民健康保險給付部分或不屬全民健康保險給付範圍之費用，給付「實支實付傷害醫療保險金」。

倘被保險人**不以全民健康保險之保險對象身分**治療或被保險人前往**不具有全民健康保險之醫院或診所**治療者，致該項醫療費用無法獲得全民健康保險給付，本公司依被保險人實際支付之該項**醫療費用之百分之六十五**給付，但最高給付金額仍受前項之限制。

傷害醫療保險金(日額型)：

被保險人於本契約有效期間內遭受契約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，經**登記合格的醫院**治療者，本公司就其**住院日數**，給付保險單所載的「住院保險金」。

保障計劃說明



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

保險費：

保險期間	每人保險費
12個月	825
11個月	784
10個月	743
9個月	701
8個月	660
7個月	619
6個月	536
5個月	454
4個月	371
3個月	289
2個月	206
1個月	124
1天	41

單位：新臺幣

保障計劃說明



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

受益人：

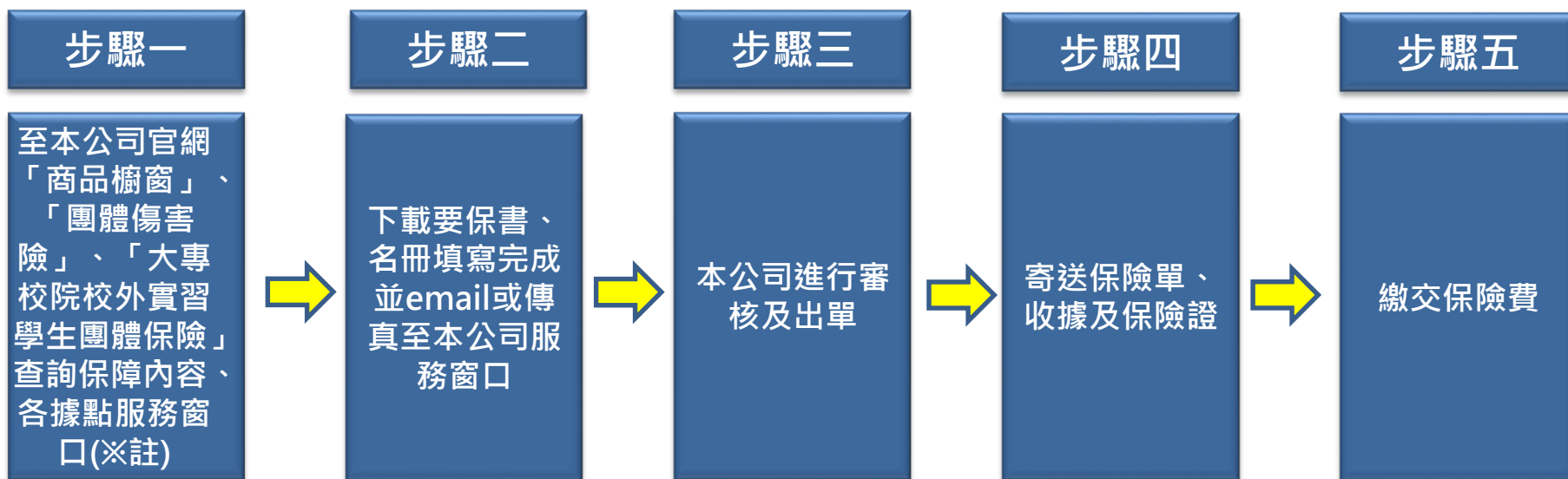
身故保險金如未指定者，視為法定繼承人；如需指定受益人，需經被保險人簽名。

失能保險金及醫療保險金受益人為被保險人本人。

投保流程



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE



※註:全省各大專院校名單配置可自本公司官方網站→商品櫥窗→團體傷害險→大專院校校外實習學生團體保險→十二、投保/加退保程序服務窗口進行下載。



投保文件說明-所需文件

1. 新光產物大專院校校外實習生要保書(110.08版)
2. 學生團體意外保險要保人數與費用明細表
3. 學生團體意外保險名冊
4. 團體保險保戶權益確認書

投保文件說明



地址：104台北市建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335
 免付費24小時服務(申訴)專線：0800-789-999
 要保人可透過本公司網站http://www.skinsurance.com.tw
 或至本公司總分支機構查詢資料公開說明文件

大專院校校外實習學生團體傷害保險要保書



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

(續前張表)

110.09.17(110)財產保險字第980號品保保險費計算資料表

保險單號碼		續保單號碼			
要保單位	新光科技大學	身份證統一編號	U3458403	出生日期	民國 年 月 日
代表人	吳○○	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍/註冊地	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國
聯絡地址	○○○-○○ 台北市中山區建國北路二段15號10樓			職責/行業	大專院校
				聯絡電話	(02)2507-5335
要保人與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 同一人(被保險人資料免填) <input type="checkbox"/> 其他				
保險期間	自民國 111 年 09 月 01 日 二十四時起 至民國 112 年 09 月 01 日 二十四時止				
被保險人	共 5 人(被保險人名冊) 是否被保險人日前曾有盜竊盜案? <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否,如有盜案者,請提供相關證明文件。				
保障內容		保障金額	備註		
意外身故及失能保險金		200 萬			
<input checked="" type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(實支實付型)		5 萬	每事故給付合計最高 5 萬		
<input checked="" type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(日額型)		1000 元/日			
<input type="checkbox"/> 其他附加條款:					
<input type="checkbox"/> 其他附加條款:					
<input type="checkbox"/> 其他附加條款:					
總保險費	新台幣 4125 元整				
特約事項	精印製團體保險卡				
注意事項					
聲明事項	要/被保險人聲明並同意： 一、本人(被保險人)同意新光產物保險公司調查、處理或利用本人相關之健康檢查、醫療紀錄等資料。 二、本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險公司將本案要保書上所載本人資料核給遠東、華險公司等保險公司在其核保系統內資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司的核保及理賠與新光產物保險公司無關。 三、本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險公司就本人之個人資料，與「個人資料保護法」所定義之新光產物股份有限公司。				
如經核保時或後續核保可能不利保費時，核保費可能會增加保險費。 如保險費的委理人與被保險人非同一人時，該委理人應向保費付款。 如本人(要保人)已收到保費核保通知，應即向本公司保費核保核對下方欄位簽名。 如本人(被保險人、要保人)已收到通知單且應將單內內容按下方欄位簽名。 如本人(被保險人、要保人)已收到通知單，應將單內內容按下方欄位簽名。 如本人(被保險人、要保人)已收到通知單，應將單內內容按下方欄位簽名。 如本人(被保險人、要保人)已收到通知單，應將單內內容按下方欄位簽名。 如本人(被保險人、要保人)已收到通知單，應將單內內容按下方欄位簽名。 如本人(被保險人、要保人)已收到通知單，應將單內內容按下方欄位簽名。 如本人(被保險人、要保人)已收到通知單，應將單內內容按下方欄位簽名。 如本人(被保險人、要保人)已收到通知單，應將單內內容按下方欄位簽名。					
要保單位簽章			負責人簽章		
保險代辦	業務人員/受保字號	保單代辦	專員代號		
收帳帳號：	收帳帳號：		9910732		
代收帳：	業務員簽名：		1. 保單正本：1		
員工編號：			2. 保單副本：1		
	業務字號：		3. 收帳正本：1		
			4. 收帳副本：1		

請確認並且勾選

有需求時，需於
特約事項載明

可使用系所或學校
行政單位圖章，
但需有學校名稱

110.08 裝


務必勾選


大專校院校外實習學生團體保險

參加學生人數及保險費用明細表

 投保期程：1天 1個月 2個月 3個月 4個月 5個月 6個月
7個月 8個月 9個月 10個月 11個月 1年

項 目	人 數	保 險 費 金 額	說 明
繳交保險費學生	5	4,125	按每名學生 825 元收繳
合計 (參加學生保險總人數及繳交保險費總額)			參加學生總人數應等於繳交保險費及免繳交保險費之合計學生人數
繳款日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 即期支票 <input type="checkbox"/> 郵局匯款	郵局匯款請附匯款單影本。(匯款單請註明學校名稱)

 投保學校名稱/系所名稱：新光科技大學
簽名蓋章皆可

 代 表 人： (簽章) 經辦人：黃○○ (簽章)

 學校電話：(02)2507-5335 傳真電話：1234-5678

 電子信箱：SHINKONG@skinsurance.com.tw

 學校地址：台北市建國北路二段15號10樓
每一欄位皆須填寫

中華民國 111 年 09 月 01 日


務必勾選

新光產物保險股份有限公司

大專校院校外實習學生團體保險

新光科技大學

學生名冊

 投保期程：1天 1個月 2個月 3個月 4個月 5個月 6個月
7個月 8個月 9個月 10個月 11個月 1年

編號	學生姓名	身分證字號	出生年月日	身故受益人姓名	身故受益人身分證字號	與被保險人關係
1	王小明	A123456789	88.01.01	法定繼承人		
2	陳小明	B123456789	88.02.01	陳大明	F123456789	父子
3	張小明	C123456789	88.03.01	張小美	G223456789	母子
4	林小明	D123456789	88.04.01	法定繼承人		
5	趙小明	E123456789	88.05.01	法定繼承人		

本校計有上列學生共 5 人，參加本學生團體保險，茲檢附名冊乙份計 1 頁暨縣市政府核准公文影本計 0 張，請查照。

此致

新光產物保險股份有限公司

簽名蓋章皆可

投保學校名稱/系所名稱：新光科技大學

代表人： 吳 ○ ○ (簽章)

經辦人： 黃 ○ ○ (簽章)

中華民國 111 年 09 月 01 日


 新光產物保險股份有限公司
團體保險保戶權益確認書

 要保單位(要保人為法人):
保單號碼:

新光科技大學

請填寫與要保書上一致

要保單位謹向新光產物保險股份有限公司(下稱新光產險)聲明投保本保單時已確認下列事項:

- 一、要保單位與被保險人已確實瞭解所投保險種、保險金額及保險費支出符合自身的投保目的及與實際需求相當。
- 二、要保單位與被保險人已確認投保時之實際資料與要保書等要保文件上所載之資料一致。
- 三、要保單位已於檢視要保書等相關要保文件內容無誤後簽署相關要保文件,且確認全體被保險人均已同意投保,受益人之指定確經被保險人同意。
- 四、要保單位已確認本保單之被保險人均為要保單位所屬人員或其家屬;要保單位於本保單保險期間內提供予新光產險之本保單被保險人資料,要保單位亦將於確認其等均為要保單位成員及其眷屬且確實皆具辦理該異動(如加保、退保、投保內容異動等)之意願後,方提供予新光產險。
- 五、要保單位已確實瞭解所繳交之保險費係用以購買保險商品,若本保單保險費係由被保險人全額自費,要保單位並已確認被保險成員已同意本保單保險費由其全額負擔。



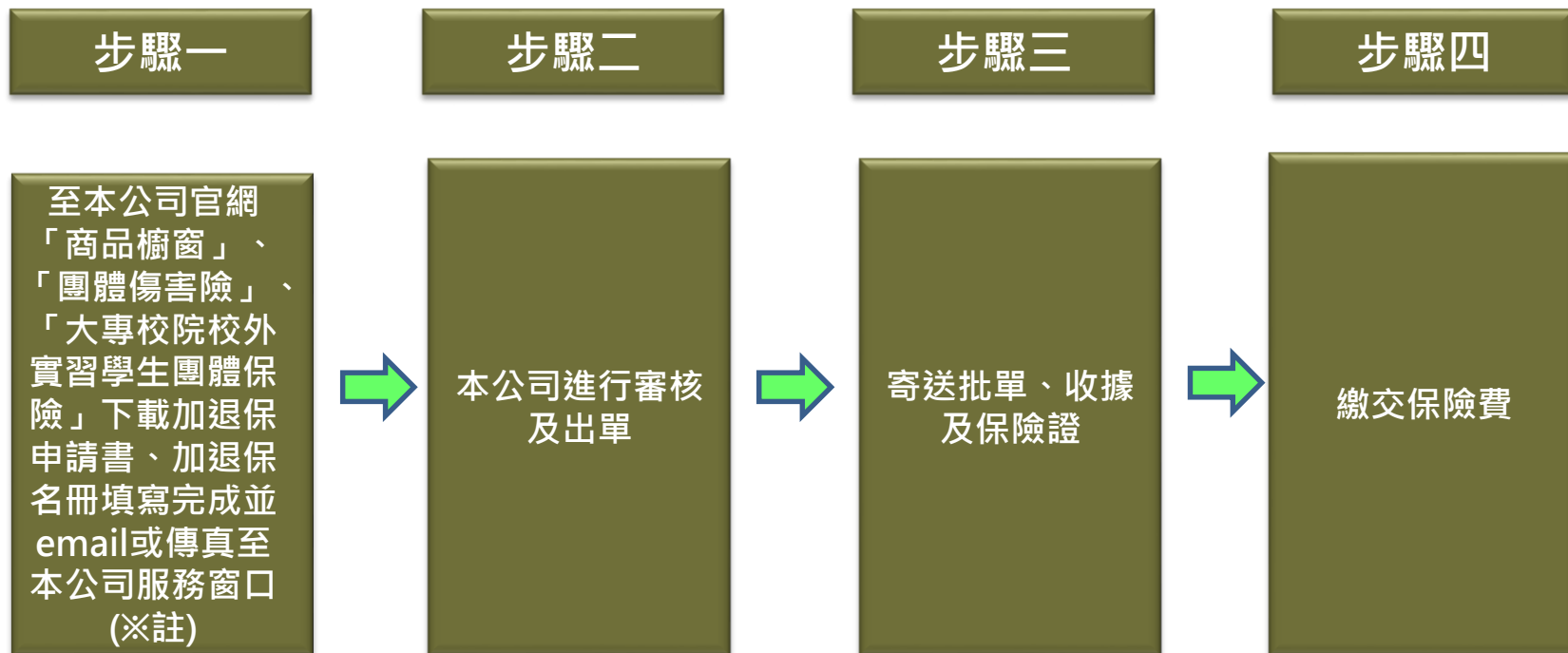
要保單位簽章

此處請用印

日期: 中華民國 111 年 09 月 01 日



加退保流程



※註:全省各大專院校名單配置可自本公司官方網站→商品櫥窗→團體傷害險→大專校院校外實習學生團體保險→十二、投保/加退保程序服務窗口進行下載。



加退保文件說明-所需文件

1. 新光產物傷害暨健康保險契約變更申請書 (109.08版)
2. 學生團體意外保險加/退保通知書

光
新光產物保險

地址：台北市民生路九號三樓 電話：(02)2701-2222
免費申訴電話：0800-005-588 服務專線：0800-789-999
要保人可透過本公司網站http://www.kong.com.tw
或至總公司、分公司及通訊處查詢

加退保文件說明

※請於申請變更項目打「✓」

傷害健康保險契約變更申請書

正本； 副本。

僅需填寫保單
號碼及保險期
間及要保人

保單號碼	00101BP0000001	要保人	新光大學	批單號碼		
保險期間	110/09/01-111/09/01	被保險人		批單期間		
更正：A.	<input type="checkbox"/> 要保人姓名：	<input type="checkbox"/> 身分證字號：	<input type="checkbox"/> 出生日期：	<input type="checkbox"/> 關係：		
B.	<input type="checkbox"/> 被保人姓名：	<input type="checkbox"/> 身分證字號：	<input type="checkbox"/> 出生日期：	<input type="checkbox"/> 關係：		
C.	<input type="checkbox"/> 戶籍	<input type="checkbox"/> 通訊	<input type="checkbox"/> 地址變更： <input type="checkbox"/>			
變更：	公司名稱：	工作內容：	職稱：	(請詳述)；兼業： <input type="checkbox"/>		
受益人	<input type="checkbox"/> 更正、 <input type="checkbox"/> 新增(若欄位不足，請於其它欄填寫)。					
備註：如要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。						
改	姓名	身分證字號	關係	給付方式	電話	地址
受	(1)			<input type="checkbox"/> 領付 <input type="checkbox"/> 均分		
益	(2)			<input type="checkbox"/> 領付 <input type="checkbox"/> 均分	同上	
人	(3)			<input type="checkbox"/> 領付 <input type="checkbox"/> 均分	同上	
※限配偶、直系親屬、法定繼承人，若非上述關係者請詳述原因：						
退	<input type="checkbox"/> 終止契約/ <input type="checkbox"/> 解除契約(自始不生效力)； 本需繳回保(批)單及收據，無法繳回者請切結，電子保單於退保後，原電子保單同時作廢。					
保	原因： <input type="checkbox"/>					
為維護您的權益，提醒您務必於終止保險契約前確認已詳閱並充分了解下列重要事項： 1. 申請保險契約終止者，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。本公司所負之保險責任即行終止，日後若發生任何事故，本公司恕不負任何保險責任。2. 保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。3. 保險契約終止後再投保新保單時，須承擔下列風險：(1)重新履行告知義務：須對投保新契約當時的狀況進行健康告知，契約終止後至再投保新保單前之期間，倘被保險人罹患疾病而未履行健康告知，將可能因違反告知義務致被保險公司依保險法第64條解除契約。(2)違反告知義務解除保險契約的除斥期間及健康險的等待期，都要從投保新契約之日起重新計算，再投保健康險之等待期重新計算期間，倘被保險人罹患疾病，恐將無法獲得理賠。(3)再投保健康險前倘被保險人已罹患疾病，保險公司可能依保險法第127條主要不負給付相關保險金之責任。(4)因重新投保時的年齡可能大於投保原契約時的年齡，保險費率可能也會相對提高，且可能因已超過新契約規定之投保年齡或身體健康因素而無法投保；或可能因為新舊契約保障範圍差異致無法獲得理賠等因素而影響您的保障權益。						
退	(1) <input type="checkbox"/> 匯款：	銀行/郵局		分行/支局。		
費	帳號：	戶名：	(請提供存摺帳號影本)。			
付	(2) <input type="checkbox"/> 開票： <input type="checkbox"/> 交經辦 <input type="checkbox"/> 親領 <input type="checkbox"/> 郵寄；	支票抬頭：	地址： <input type="checkbox"/>			
款	(3) <input type="checkbox"/> 改繳：	(限原保單號碼或其所屬批單)。				
※郵寄、交經辦手續費直接由退費金額中扣除。(若未勾選則以開票-交經辦方式辦理)。						
補	<input type="checkbox"/> 保險單	<input type="checkbox"/> 正本； <input type="checkbox"/> 副本。	保單/批單/收據遺失切結書。			
發	<input type="checkbox"/> 保險費收據	<input type="checkbox"/> 正本； <input type="checkbox"/> 副本。	本人茲因不慎遺失 <input type="checkbox"/> 保單、 <input type="checkbox"/> 批單、 <input type="checkbox"/> 收據，若因前述遺失之文件而損及貴公司權益或涉及金錢、法律等糾紛時，本人願負全責，與貴公司無關，特立此切結書為憑。			
	<input type="checkbox"/> 批單號碼：	<input type="checkbox"/> 正本； <input type="checkbox"/> 副本。	此致			
	<input type="checkbox"/> 保險證(保卡)	<input type="checkbox"/>	新光產物保險股份有限公司。			
			立切結書人：			

收 件 日 期

加退保文件說明



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

新光產物保險股份有限公司

大專校院校外實習學生團體保險

學生 加保 / 退保 通知書

10月僅可申請
9月的人員加退保

1個月 2個月 3個月 4個月 5個月 6個月
8個月 9個月 10個月 11個月 1年

目	人 數						
09月份加保學生	2	中途加					
09月份退保學生	1	中途轉出臺灣					
退 保 學 生 資 料 欄	學生姓名	身分證字號	出生日期			喪失學籍日期	
	陳小明	A123456789	89.01.01			111年09月05日	
						年 月 日	
						月 日	
						日	
	合計人數	1				701 元	
加 保 學 生 資 料 欄	學生姓名	身分證字號	出生日期	身故受益人姓名	身故受益人身分證字號	與被保險人關係	轉入日期
	王小明	B123456789	89.02.01	王大明	D123456789	父子	111年09月15日
	徐小明	C123456789	89.03.01	法定繼承人			111年09月26日
							年 月 日
							年 月 日
							年 月 日
合計人數	2	應補收保費				1650 元	
總 計	應退還金額 / <input checked="" type="checkbox"/> 應補收金額：949 元 (每月 元/每人)						

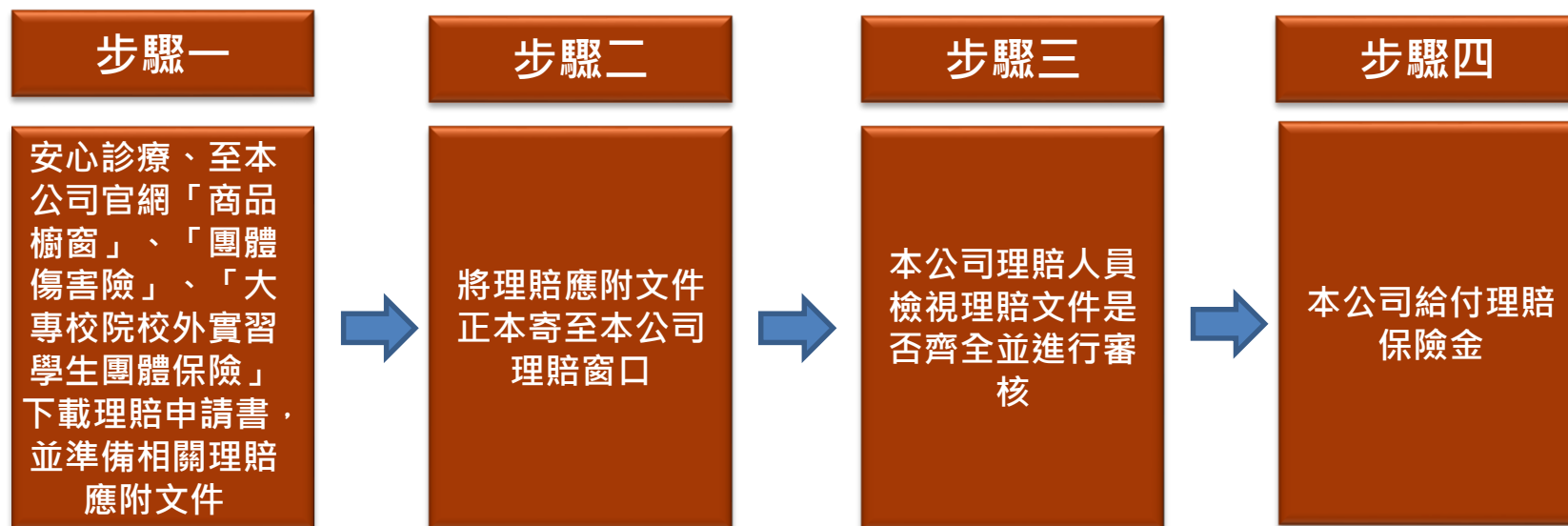
實際退保日為10月1日
已承保1個月，需收15%短期費率，故退費
 $825 \times (1 - 15\%) = 701$ 元

實際加保日為9月15日、
9月26日，保期為11個月以上未
滿12個月，需以12個月計算，
故需收 $825 \times 2 = 1650$ 元

理賠流程



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE



理賠申請應附文件



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

應備文件	意外身故	意外失能	傷害醫療
理賠申請書	✓	✓	✓
死亡證明書	✓		
相驗屍體證明書	✓		
除戶戶籍謄本	✓		
受益人戶籍謄本	✓	✓	
診斷證明書		✓	✓
失能診斷書		✓	
醫療單據			✓
意外傷害證明	✓	✓	✓

理賠文件說明



新光產物保險
SHINKONG INSURANCE

新光產物保險 傷害健康保險金申請書

基本資料欄位需
填寫完整

新申請 續賠件

被保險人基本資料

賠案編號

保單號碼	0008IBP0000001	姓名	王小明	身分證號碼	A123****	日期	68年1月1日
服務單位	紅海公司	職稱/工作內容	工程師			公司電話	02-2222-1111

事故\疾病發生概述 (一張申請書限申請一次事故)

事故日期	108年1月8日12時	事故地點	台北市建國北路及長春路口
申請項目	<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 失能保險金 <input checked="" 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) 騎機車與汽車發生擦撞,致右腳擦傷,右腕骨骨折			
<input type="checkbox"/> 由警方處理		分局 <u>長春</u> 派出所 員警,電話: _____	
<input type="checkbox"/> 是否投保其他家傷害(健康)保險? <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是,請告知 _____ 公司。		<input type="checkbox"/> 是否曾因此(或類似)病症接受治療? <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請告知醫院名稱 _____、病名 _____、看診日 _____	

事故日期、地點及
經過須清楚描述

接續下頁



Q & A



陸生或外籍學生是否可投保？

- 如有本國大專校院學籍身份者可為承保對象，但需檢附「居留證號」。



分派至國外之實習學生是否可投保？

- 可以，如前往之地區經外交部公佈國外旅遊警示分級表為「紅色警示區」為不保，如有疑慮請洽本公司服務窗口。



交換學生是否可投保？

- 本專案僅承保具大專校院身份之實習學生，如交換學生非為實習學生，將不適用本專案。



投保要保單位用印有無限制？

- 可使用系所或學校行政單位圓戳章，但需有「學校名稱」，代表人章用印可以系所或學校行政單位主任亦可。



投保學校如查無服務窗口， 要如何處理？

- 本專案服務窗口係依教育部提供之全國大專院校名單配置，全省各大專院校名單配置可自本公司官方網站→商品櫥窗→團體傷害險→大專校院校外實習學生團體保險→十二、投保/加退保程序服務窗口進行下載。
- 如遇投保之大專校院查無服務窗口，可請洽總公司傷害暨健康險部(02)2507-5335#653 黃先生、#618 黃先生。



要保書上保險起始日須為 24時(午夜12時)還是0時?

- 本專案要保書載明保險期間為午夜12時，如學校要求保險日期為0時起保，可自行更正要保書保險期間為0時，本公司亦可配合。



需多久前須完成要保？

- 需於「保期開始前1個工作日」完成要保申請文件送件。



保險起保日之約定是否有限定？

- 為符合本公司承保通報作業，僅接受保險起保日距現60日以前之投保。
(例：今日為111/09/25，僅接受保險起保日為111/11/24以前之投保)



要保送件後，多久可以收到 保單(批單)、收據？

- 於要保申請文件(加退保申請文件)「收齊後5
個工作日」完成保單(批單)、收據寄發。

※如投保人數眾多，提供「名冊電子檔」更能加
速保單(批單)製作。



保費需於何時完成繳納？

- 收到保單(批單)及收據後，需於保期開始30日內完成保費繳納。



繳費方式為何？

- 匯款繳費：由本公司各服務窗口提供銀行匯款帳號。
- 超商繳費：保費5萬以內，可提供超商繳費單(請於要保時告知)。



何謂意外事故？ 自殺是否可以申請理賠？

- 意外傷害事故是指非由疾病引起的外來、突發事故。
- 『自殺』係屬被保險人故意行為，為本保險除外責任(原因)之一，本公司不負給付保險金之責任。



學生若不幸罹患新冠肺炎，是否可以理賠？

- 本保單承保範圍僅含意外事故，所謂意外事故包含非由疾病引起之外來突發事故，故新冠肺炎不在此合約之理賠範圍



酒駕事故可否申請理賠？

- 被保險人飲酒後駕（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，致成死亡、失能或傷害時本公司不負給付保險保險金責任。



理賠申請書要如何索取？ 理賠要向誰申請？

- 可以來電話與本公司服務窗口索取理賠申請書或新光產物網站「大專校院校外實習學生團體保險」下載理賠申請書，並檢附相關理賠應附文件寄至本公司，本公司將協助被保險人理賠申請作業。



理賠申請期限？

- 由本保險所生的權利，自得為請求之日起，經過2年不行使而消滅。



理賠作業需要幾天？

- 本公司收到理賠申請書及應檢附文件後，經案件審核無誤後於15日內給付。



身故保險金受益人為法定繼承人，係指哪些親屬？

- 民法第1138條規定：「法定繼承人及其順序」繼承人，除配偶外，依下列順序繼承：
 - 1.直系血親卑親屬(子女)。
 - 2.父母。
 - 3.兄弟姊妹。
 - 4.祖父母。
- 不論哪一順位的繼承人，都必須跟被繼承人之「配偶」共同繼承。



如何找到本公司官網資訊?

1. 可鍵入關鍵字搜尋「新光產物」



如何找到本公司官網資訊？

2. 進入本公司官網，至「商品櫥窗」「團體傷害險」「大專校院校外實習學生團體保險」



網路投保»

金融友善專區 防疫專區 公司簡介 商品櫥窗 公開資訊 ESG專區 客戶專區 理賠專區 保險Q&A 重要宣告 English

團體傷害險	團體傷害險
汽機車保險	新光產物保險「大專校院校外實習學生團體保險」
住宅火災險	新光產物保險「大專校院獎助生團體傷害保險」
貨物運輸險	新光產物保險「團體傷害保險(重大災害救災人員適用)」
責任保險	新光產物保險「全國社會工作人員團體意外保險」
個人傷健險	
團體傷害險	



24小時免付費服務(申訴)專線：0800-789-999

公司電話：(02)2507-5335

傳真號碼：(02)2504-6312

服務時間：週一~週五 8:30~18:00(一般上班日)

公司地址：104台北市中山區建國北路二段15號

加入好友 用LINE傳送

會員專區 | 客服信箱 | 服務據點 | 網站地圖

好站連結 | 人才招聘 | 隱私權聲明

業務員專區 | 業務員下載 | 員工專區

金融友善專區(無障登網頁)

處處新光 · 讓愛發光



報告結束，感謝聆聽!