

## 「教育部資訊志工計畫意外事故保險」說明

一、採購標的：教育部資訊志工計畫意外事故保險

二、要保單位：教育部

三、承保單位：新光產物保險股份有限公司

四、投保對象：

- (一) 105至106學年度教育部資訊志工計畫所屬團隊成員(約6,000人)，實際投保人數以本部資訊志工平臺系統彙整名單為準；且不受年齡及最低投保人數之限制。
- (二) 投保年齡未滿15歲之未成年人為被保險人訂立之人壽保險契約，得依保險法第107條辦理。
- (三) 團隊成員之公務人員及公立學校教師可自費參與本保險。

五、投保內容：

- (一) 每一被保險人意外身故，保險金額新臺幣 100 萬元整。
- (二) 每一被保險人意外殘廢，依殘廢等級比例給付。
- (三) 每一被保險人意外傷害醫療費用採實支實付，保險金支付額度至多新臺幣 3萬元整。
- (四) 每一被保險人住院醫療費用，每日給付保險金新臺幣 1,000 元整(至多 90 天)及骨折未住院給付。

六、保險範圍：

被保險人於本契約有效期間內，參與資訊志工計畫相關之服務、研習、培訓、會議、成果展示等活動期間及交通往返期間，因遭遇突發的意外傷害事故，並自意外傷害事故發生之日起180日內致其身體蒙受傷害、殘廢或死亡者。

七、履約期限(保險期間)：

自 105 年 8 月 3 日 0 時起至 107 年 7 月 31 日 24 時止。

八、契約價金之給付：

保險費用由教育部統一支付。

## 九、投保手續：

- (一) 本案為團體投保計畫，由教育部統一辦理招標與簽約。
- (二) 保險公司應提供投保名冊、加退保、理賠等相關表單格式及所需佐證資料說明，連同办理流程一併公告於教育部資訊志工計畫網站 (<https://ecare.moe.gov.tw/>)。
- (三) 於保險期間內如需辦理加退保程序，由各團隊彙整加退保名冊，並請被保險志工親筆簽名，上傳加退保平臺，由教育部簽核要保，保險公司簽核承保。
- (五) 由第三人訂立之死亡保險契約，未經被保險人書面同意，並約定保險金額，其契約無效。被保險人依前項所為之同意，得隨時撤銷之。其撤銷之方式應以書面通知保險人及要保人。被保險人依前項規定行使其撤銷權者，視為要保人終止保險契約。

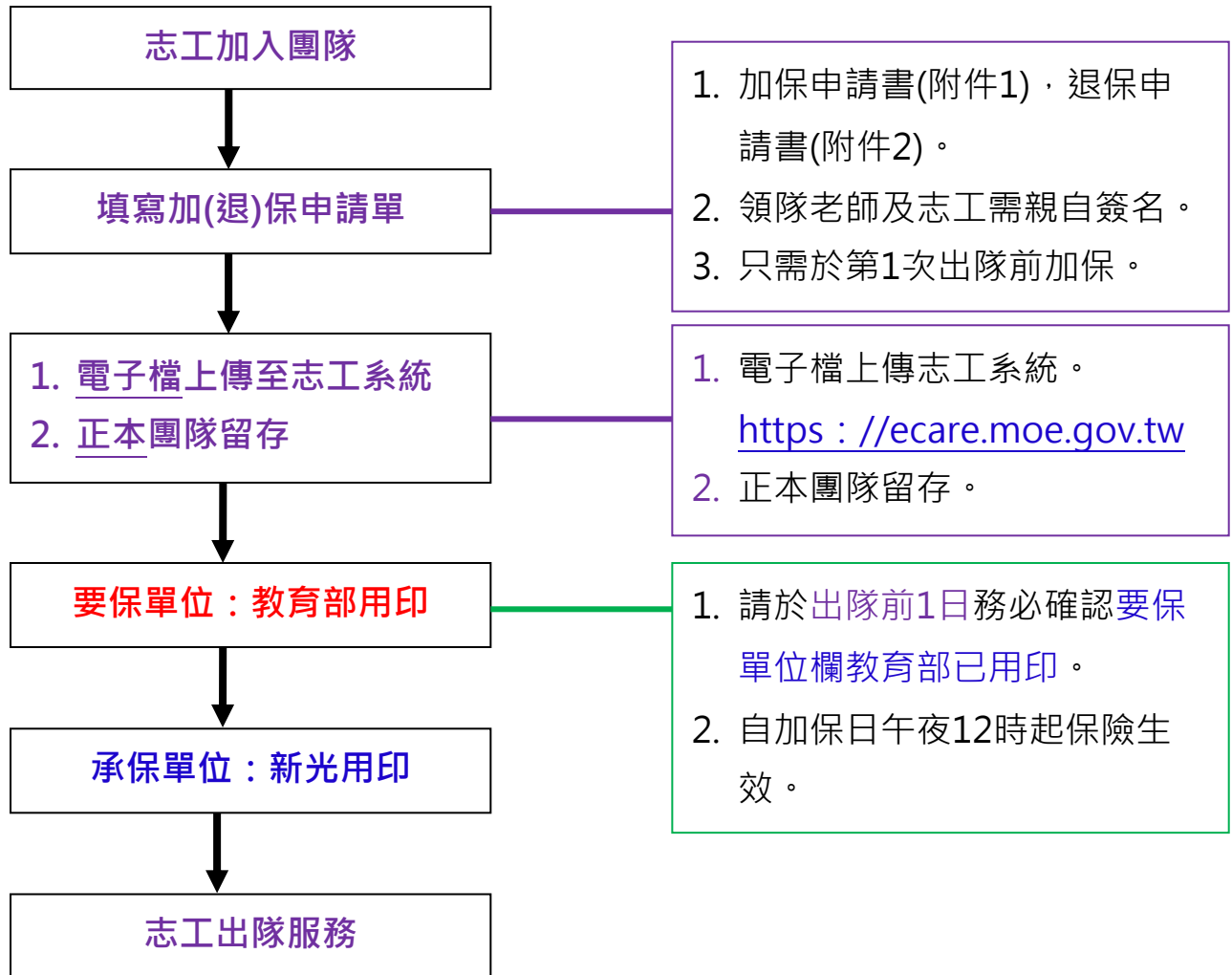
## 十、保險給付：

- (一) 本案投保對象如發生事故，於符合本說明承保範圍內，需由被保險人檢具相關資料向新光產物保險股份有限公司申請理賠。
- (二) 本案投保對象如發生事故，資訊志工團隊之領隊/副領隊、所屬學校及合作單位需協助其表單填寫及佐證資料檢附，俾便後續理賠作業進行。

## 十一、如有未盡事宜，依政府採購法、相關保險法令及保險單條款或契約等規定辦理。

# 教育部資訊志工計畫意外事故保險

## 【辦理加、退保流程】



### 連絡資訊：

教育部 資訊及科技教育司

承辦人：楊語承

地址：台北市和平東路 2 段 106 號 12 樓

電話：02-77129071

E-mail：dr01@mail.moe.gov.tw

新光產物保險公司

聯絡人：李倫理科長、張美儀小姐

地址：台北市建國北路二段 15 號 5 樓

電話：02-2507-5335 分機 209、682

手機：0932-382502

傳真電話：02-2517-1226

Email：[ski00d59@skinsurance.com.tw](mailto:ski00d59@skinsurance.com.tw)

**附件 1：教育部資訊志工計畫意外事故保險 - 加保申請書**

團隊編號： 學 校： 領隊老師： (簽名) 申請日期： (請於出隊前三天完成加保申請書上傳)	要保單位：  <教育部 資訊及科技教育司>  加保日期：(教育部填寫)	承保單位：  <新光產物保險章>  承保日期：(新光填)
--	---	--

- 一、申請下列人員之加退保，請自加保日 / 退保日午夜12時起生效。
- 二、意外事故發生時，被保險人未滿15足歲者，僅給付殘廢保險金。
- 三、本案身故受益人為法定繼承人為受益人，若有其他指定請填寫於備註欄，並註明關係(例如祖孫)。
- 四、志工資料由志工系統匯出，若有錯誤，請一併更正系統之志工基本資料。
- 五、加保申請書電子檔請於出隊前三天上傳至志工系統(<https://ecare.moe.gov.tw>)，正本團隊留存。

編號	姓 名	出生日期	身分證字號	電 話	地 址	簽 名	備註
1	王小名	1985-01-01	R123456789	0987-172-112	台南市新市區中華路 49 號		王大大 (祖孫)
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

附件 2：教育部資訊志工計畫意外事故保險 - 退保申請書

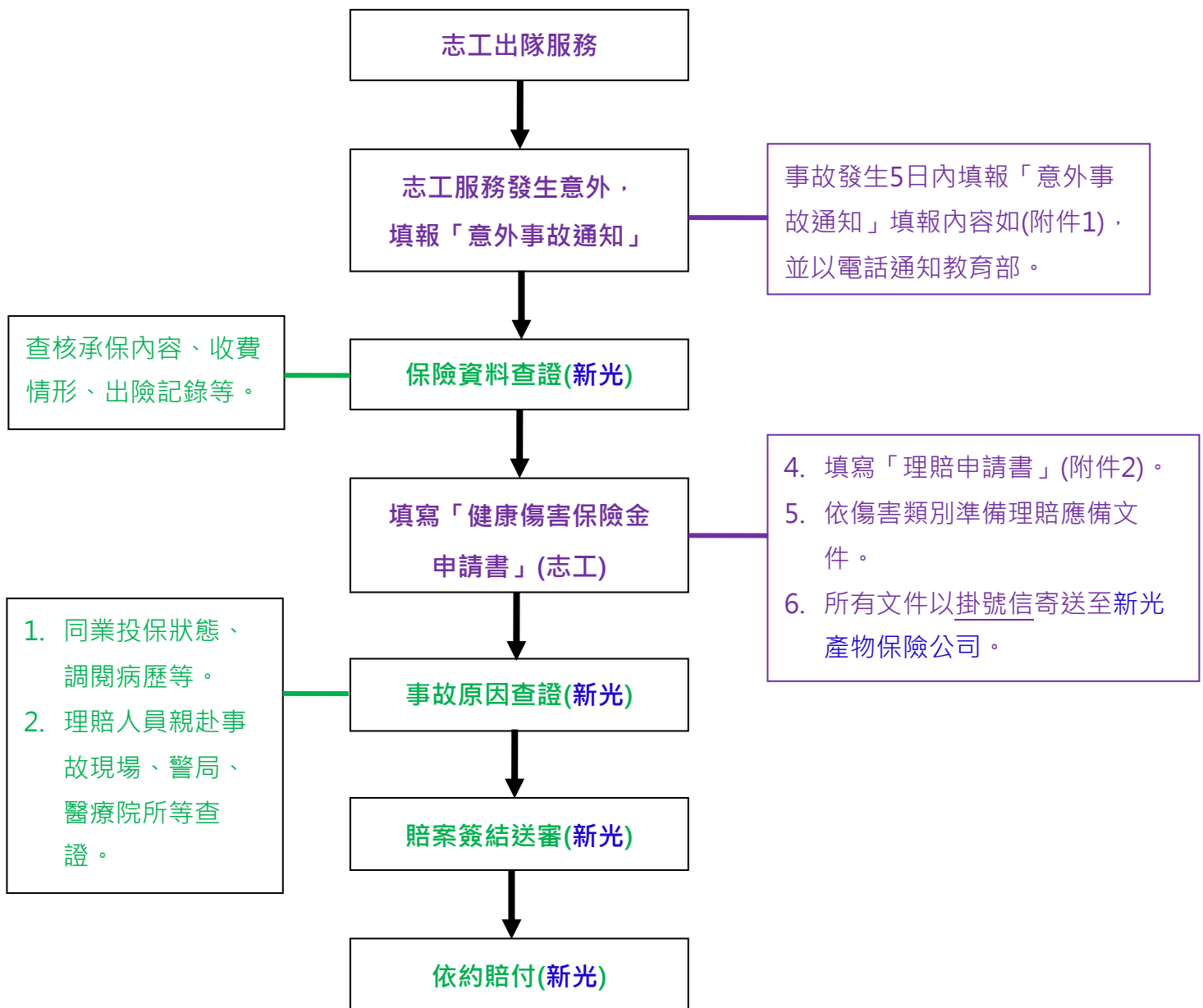
團隊編號： 學 校： 領隊老師： (簽名) 申請日期： (請於出隊前三天完成加保申請書上傳)	要保單位： <教育部 資訊及科技教育司> 加保日期：(教育部填寫)	承保單位： <新光產物保險章> 承保日期：(新光填)
--	---	----------------------------------

- 一、申請下列人員之加退保，請自加保日 / 退保日午夜12時起生效。
- 二、志工資料由志工系統匯出，若有錯誤，請一併更正系統之志工基本資料。
- 三、電子檔上傳至志工系統(<https://ecare.moe.gov.tw>)，正本團隊留存。

編號	姓 名	出生日期	身分證字號	電 話	地 址	簽 名	備註
1	王小名	1985-01-01	R123456789	0987-172-112	台南市新市區中華路 49 號		
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

# 教育部資訊志工計畫意外事故保險

## 【理賠流程】



### 連絡資訊：

<p>教育部 資訊及科技教育司</p> <p>承辦人：楊語承</p> <p>地址：台北市和平東路2段106號12樓</p> <p>電話：02-77129071</p> <p>E-mail：dr01@mail.moe.gov.tw</p>	<p>新光產物保險公司</p> <p>聯絡人：李倫理科長、張美儀小姐</p> <p>地址：台北市建國北路二段15號5樓</p> <p>電話：02-2507-5335 分機 209、682</p> <p>手機：0932-382502</p> <p>傳真電話：02-2517-1226</p> <p>Email：<a href="mailto:ski00d59@skinsurance.com.tw">ski00d59@skinsurance.com.tw</a></p>
--	--

## 附件 1

# 教育部資訊志工計畫意外事故保險 【意外事故證明書】

<< 志工理賠發生時填報 >>

### 一、基本資料：

1. 學 校：
2. 姓 名：
3. 連絡電話：
4. 身分證字號：
5. 日常居所地址：
6. 服務地點：
7. 服務內容：

### 二、意外資料：

1. 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：
2. 意外事故發生地點：
3. 意外事故發生經過：

### 三、證明人：

1. 志工團隊學校：  
  
領隊老師(簽名)：  
  
領隊老師連絡電話：  
  
2. 受服務對象單位名稱：  
  
連絡人姓名(簽名)：  
  
聯絡電話：

**新光產物保險** 健康傷害保險金申請書

新申請 續賠件

被保險人基本資料

賠案編號 \_\_\_\_\_

保單號碼	姓名	身分證號碼	出生日期	年	月	日
服務單位	職稱/工作內容	公司電話				

**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	<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 殘廢保險金 <input 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(如有媒體報導請提供剪報,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)					
<input type="checkbox"/> 由警方處理	_____分局 _____派出所		是否投保其他家傷害(健康)保險? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請告知 _____公司。		
	_____員警,電話: _____		是否曾因此(或類似)病症接受治療? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請告知醫院名稱 _____、病名 _____、看診日 _____		

**調查同意暨聲明書**

1. 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、健保局、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。

2. 立同意書人已詳閱申請書次頁「個人資料蒐集告知事項」,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。

3. 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(即受益人): \_\_\_\_\_ 身分證字號: \_\_\_\_\_ (簽章)

法定代理人: \_\_\_\_\_ 身分證字號: \_\_\_\_\_ (簽章)

申請日期: 中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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(未勾選則以支票給付)

支票:一律開具**指名受益人、禁止背書轉讓、劃線**之支票,若有特殊原因欲取消禁背者請另填寫「票據變更切結書」。

1. 郵寄地址: \_\_\_\_\_

2. 同上開立同意書人聯絡地址。

3. 交經辦。

匯款:【請檢附帳戶存摺頁面影本】

立同意書人(即受益人)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內,並聲明下列帳戶確為立同意人之帳戶,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。

戶名(受益人)	金融機構及分行	金融機構及分行代號	帳號

送件人姓名	送件人編號	送件人 ID	電話號碼



## 個人資料蒐集告知事項

親愛的客戶，您好：

新光產物保險股份有限公司（下稱本公司）依個人資料保護法（下稱個資法）第8條第1項（如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集目的：

- (一) 財產保險（〇九三）。
- (二) 人身保險（〇〇一）。
- (三) 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、蒐集個人資料之類別：

包括但不限於姓名、身分證統一編號（護照號碼或居留證號碼）、出生年月日、住址、聯絡方式（電話號碼、行動電話、電子郵遞地址）、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）：

- (一) 要保人／被保險人。
- (二) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。
- (三) 當事人之法定代理人、輔助人。
- (四) 各醫療院所。
- (五) 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、利用之期間、對象、地區及方式：

(一) 期間：

個人資料蒐集特定目的存續期間、提供金融商品或服務契約期間、因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。

(二) 對象：

1、本（分）公司及本公司海外分支機構、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、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。

2、與本公司簽訂契約之保險代理人／保險經紀人及因辦理財產保險相關業務需要之第三方。

3、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關。

除法令規定本公司必須進行之通報作業、提供資料予公務機關或上述因本公司營運作業所需合作之關係企業或廠商外，本公司不會在未獲得您的同意下將您的個人資料提供予任何第三方。

(三) 地區：上述對象所在之地區。

(四) 方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第3條規定，您就本公司保有您之個人資料得行使之權利及方式：

(一) 得向本公司行使之權利：

- 1、向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
- 2、向本公司請求補充或更正。
- 3、向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二) 行使權利之方式：以書面或其他日後可供證明之方式。

六、您不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：

您若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供您相關服務或給付。

七、若有任何問題請洽詢本公司 0800-005-588 免付費專線。

### 理賠申請檢附文件一覽表

申請項目	檢附文件	保險金申請書	證明書（含檢驗報告） 死亡證明書或相驗屍體	殘廢診斷書 公立或指定醫院出具之	被保險人除戶籍謄本	年者並應附法定代理人 受益人之身分證明（未成 之身分證明）	起迄日期之診斷證明書 記載住入〕加護〔病房	醫療費用收據	診斷證明書	印有姓名、日期之X光片	警方處理紀錄	出院病歷摘要	關報告 病理切片報告或其他相	之文件 其他本公司認為必要
身故		√	√		√	√			√		√	√		√
殘廢		√		√					√		√	√		√
意外醫療保險金		√					√	√	√	√	√	√		√
健康醫療保險金		√					√		√			√	√	√