

(單位名稱)

黏貼憑證用紙

憑証編號	預算項目	金額					用途說明
		十萬	萬	仟	百	十元	
01	保險費			4	5	50	114年度志工意外事故保險
理事長		財務長		會計		承辦人	

憑 證 黏 貼 線



保險費收據  
新光產物團體傷害保險  
批單

新光產物保險股份有限公司	
彰	本保險費收據印花稅票總繳
負責人	王明正

保單號碼：130. 132 批單號碼：130 157  
 保險期間：114年01月 日24時起 至 114年12月31日24時止  
 要保人：彰化縣政府社會處/58807307

被保險人：詳如名冊，等幾人

保險費：NTD 4550

金額相同

1. 本收據非經收款人簽章不生效力。
2. 應繳保費如以票據交付，請寫本公司抬頭並劃線，禁止背書轉讓。
3. 所交票據如未能兌現時，本公司得解除契約。
4. 免付費24小時服務(申訴)專線: 0800-789-999

中華民國 114 年 02 月 03 日

正本  
請提換收據  
正本

收款人： 年 月 日 時



如提供正本之影本

請加蓋正本相符及承辦人印章

領據

茲收到彰化縣政府撥付補助本會辦理「114年度志  
工意外事故保險計畫」加用阿拉伯數字。

經費計新臺幣 以國字書寫 元整。 此據

具領單位：

統一編號：

住址：

理事長（負責人）：

①不能同一人  
②可刪除出納  
只留會計

出納：  
會計：

蓋單位  
KEP/關防

中華民國 年 月 日

領款方式：匯款 匯入銀行：\_\_\_\_\_ 銀行 代碼：  
帳號：

註：所有人員均需蓋  
章，領據要蓋大印

以下空白

貼存簿封面

(格式一)

# 民間團體向彰化縣政府暨所屬機關申領補(捐)助經費切結書

受文者	彰化縣政府 (機關單位名稱)
主文	<p>(一) 茲向 貴機關(單位)申領 <u>114年度志工意外事故保險計畫</u> 補(捐)助經費計新臺幣 <u>壹萬伍仟元整</u>。</p> <p><u>全額用國定大寫,不用阿拉伯數字</u></p> <p>(二) 本項計畫未重複或以任何名義向彰化縣政府暨所屬機關申領補(捐)助經費。</p> <p>(三) 若有違前款申領情事,願無條件繳回申領補(捐)助經費。</p>
切結單位	申領單位: _____ (簽章) 負責人: _____ (簽章)
日期	中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

蓋單位  
大印/關防

承辦人員: \_\_\_\_\_ 科長: \_\_\_\_\_ 機關(單位)主管: \_\_\_\_\_

(使填)  
社會處用

註: 本表經承辦機關(單位)核章後,自行留存備查。

附表

## 接受彰化縣政府暨所屬各機關學校補(捐)助經費明細表

受補(捐)助團體名稱：

填表日期： 年 月 日

補(捐)助機關(單位)：彰化縣政府

單位：新臺幣元

申請項目內容及執行期間	計畫名稱： <u>114年度志工意外事故保險計畫</u> 執行期間： (請依保單上實際投保日期填寫)			收到補(捐)助日期			
				補(捐)助金額			
計畫編列及執行情形							
項目名稱	自籌款	補助款			合計 (A)	實支數 (B)	結餘 (C)=(A)-(B)
		彰化縣政府					
保險費(1-2)	720	2880			3600	3600	0
保險費(1-1)	0	900			900	900	0
合計	720	3780			4500	4500	0
縣補(捐)助款結餘數					繳回縣庫日期		
執行成果簡要說明	<u>母運團單位填</u> 男性志工： <u>7</u> 人、女性志工： <u>8</u> 人，共計投保人數 <u>15</u> 人						
社會處填 審核欄	<input type="checkbox"/> 執行成效良好 <input type="checkbox"/> 依補(捐)助項目用途支用 <input type="checkbox"/> 未依補(捐)助項目用途支用						
	<input type="checkbox"/> 執行成效不佳 <input type="checkbox"/> 其他意見_____						

製表：(受補(捐)助團體)

負責人：

承辦人員：

科(課)長：

機關首長(單位主管)：

(後填)  
社會處用

註：

- 一、「項目名稱」依申請補(捐)助計畫之經費概算填列，計畫編列時以不超過7個「項目」為原則，必要時得增列細目，惟細目不列入本表填報。
- 二、同一事由或活動向多個機關(單位)申請者，應列明全部經費內容，及向各機關(單位)申請補(捐)助項目及金額。
- 三、本表由受(捐)補助團體於計畫結束後15日內填製2份(審核欄由補(捐)助機關(單位)查核勾選)1份自存，1份連同補(捐)助款結餘數送補(捐)助機關(單位)。
- 四、補(捐)助機關(單位)應將結餘款繳回縣庫，承辦人員負責審核經費之運用，並查填審核欄。

計畫名稱：114年度志工意外事故保險計畫

經費收支明細表

單位：新台幣元

收入名稱	預算金額	實收金額	說明
縣府補助	3780	3780	10人×288元 + 5人×180元
本會自籌	720	720	10人×72元
合計	4500	4500	
支出名稱	預算金額	實支金額	說明
保險費(1-2)	3600	3600	10人×360元=3600元
保險費(1-1)	900	900	5人×180元=900元
合計	4500	4500	
結餘	0	0	

製表：

負責人：

團體名稱：

蓋單位

大LP/關防

請於空白處加註 ⇒ 新與正本相符

(預覽樣稿)

112.12.22(112)新產傷發字第1031號函送保險商品資料單

保險單號碼		續保單號碼	
要保人	姓名/公司名稱	統一編號	出生日期 民國 年 月 日
	代表人 <small>(詳要保人為自然人身份,此欄位免填)</small>	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 <input type="text"/>		職業/行業
關係	被保險人之 <input type="checkbox"/> 本人(以下被保險人資料免填) <input type="checkbox"/> 其他		
被保險人	共 人(詳被保險人名冊)		
保險期間	自民國 年 月 日 二十四時起,右列保期項目請擇一勾選 <input type="checkbox"/> 一個月 <input type="checkbox"/> 三個月 <input type="checkbox"/> 六個月 <input type="checkbox"/> 一年		

承保內容

主約承保範圍	保障內容	保險金額
	意外身故、失能保險金	詳被保險人名冊
附加條款承保範圍	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(實支實付型)	詳被保險人名冊
	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(日額型)(每次給付最高90日)	詳被保險人名冊
	<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: _____	
	<input type="checkbox"/> 其他附加條款: _____	

總保險費	此欄位由新光產險人員填寫,新台幣 元整。 <input type="checkbox"/> 自費件
特約事項	
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。  
 二、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。  
 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,於「個人資料保護法」所規定之範圍內,有為蒐集、處理及利用之權利。  
 此致 新光產物股份有限公司

※投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者,請慎選符合需求之保險商品。  
 ※保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款,消費者務必詳加閱讀了解。  
 ※本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本,投保須知,要保書填寫說明請於下方欄位簽名。  
 ※本人(被保險人、要保人)已確認詢問事項、告知事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名。  
 ※本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」條款之內容及規定。  
 ※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有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。  
 ※保險法第64條規定,要保人對保險公司書面詢問事項及告知事項,不為說明或不實說明,保險公司得解除契約,並依同法第25條規定,無須返還保險費。

要保單位簽章

負責人簽章

保經代資訊	業務人員/登錄字號	保經代簽署	核保	專案代號
收件號:	經辦代號:			991QY3( )
單位代號:	業務員簽名:			保單收據
員工編號:	登錄字號:			保單正本 份
本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令,惟為確保權益,基於保險業與消費者衡平對等原則,消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件,審慎選擇保險商品,本商品如有虛偽不實或違法情事,應由本公司及負責人依法負責。				保單副本 份
				收據正本 份
				收據副本 份

\*文件請 E-mail 至受理信箱(skiad3@skinsurance.com.tw) 隨後會回覆收訖郵件,務必保留以茲證明。

# 志工團體傷害保險被保險人名冊

本名冊附於並構成整個要保書

編號	被保險人姓名	身分證號碼	出生日期 (民國年月日)	志工服務內容	職業類別 (職業類別由新產 物人員填寫)	投保 組別/項次	保險費 新台幣 (元)
1	陳○○	N123456789	70.01.01	訪視獨老、 活動支援		1-2	360
2							
3							
4							
5							

註1: 要保單位未能提供個別被保險人聯絡資料者，雙方約定以要保單位之電子郵件信箱或地址為被保險人之聯絡資料，保險公司將依要保單位之聯絡資料通知被保險人。

保險法第 64 條規定，要保人對保險公司書面 詢問事項，不為說明或不實說明，保險公司得解除契約，並依同法第 25 條規定，無須退還保險費。

\*請於名冊影本空白處加註下列文字並核章。

本名冊投保1-2(1-1)之已領冊志工0名

與正本相符

請辦註

