僑光科技大學 內部控制制度

單　　位	學生事務處-衛生保健組	編修日期	114.07.01		
工作項目	學生團體保險	文件編號	Bd019	風險值	3
承辦人姓名	吳惠玲	職　　稱	校護		
代理人姓名	侯伊庭	工 作 量	每學期/每日		

流程圖	如附件1。
作業程序	1.確認學生團體保險承辦單位 2.1 每學年度開始(8月1日)，依據總務處事務組提供之學生團體保險合約書內容，確認學生團體保險承辦單位(承保公司)及辦理保險相關事宜。 2.2 將保險內容(如:保障內容、保費金額及理賠項目等。)，公告於本組網頁「學生團體保險」專區。 2.加、退保作業 2.1 開學前二星期請教務處註冊組提供休學生名單（相關資料包括姓名、學號、班級(休學生)、電話、住址)。 2.2 簡訊通知休學生辦理學生團體保險加保時間(開學日起算六星期內)，請同學於規定時間內繳交保費。代收保費後，填寫收入單據粘存單至出納組繳款，並將收據黏貼於粘存單，依行政流程用印核銷。 2.3 每學期將不續保通知書以掛號方式寄給不續保休學生（經常門郵電費項下支出)，於通知下學期加保時間為開學後六星期內辦理。 2.4 學生申請休學及延修生人工選課時，辦理學生團體保險退保或不加保者，須填寫「不參加學生團體保險切結書」一式2份(一份給學生，一份留存)，已繳交保費者，可於規定時間內至出納組辦理退費。 3.辦理投保事宜 3.1. 各項表單製作：一式兩份（一份由承辦單位存查，一份由承保公司存查） (1) 學生團體險參加人數及保險費明細表：請會計室提供全校（含日、夜間部）學生總人數（即已繳註冊費人數)。 (2) 免交保費名冊：請生輔組提供免繳學雜費之學生資料，製作免交保費學生名冊。 (3) 續保名冊：休學生及延修生續保者(含學分超過十學分及研究所之延修生)，至出納組借收據,統計繳費加保休學生及延修生人數並造冊(需加入至本組繳費之二休生人數)。 (4) 學生團體保險代辦工作費收據：依合約內容確定該年度學生團體保險代辦工作費之金額及受款之方式（目前金額為1.5元/人，直接由投保總額扣除） 3.2. 行政流程： (1) 將上述所有資料，一併掛號郵寄給保險公司用印後，寄回本校。 (2) 簽呈及函稿檢附上述各項表單，並填寫用印簽辦單，依行政流程經校長核可後，送文書組用印，自存一份，其餘寄回保險公司辦理投保事宜。 3.3. 將學生團體險參加人數及保險費明細表貼於粘存單上，依行政流程經校長核可後，送會計室開支，由出納組直接匯款給承保公司。

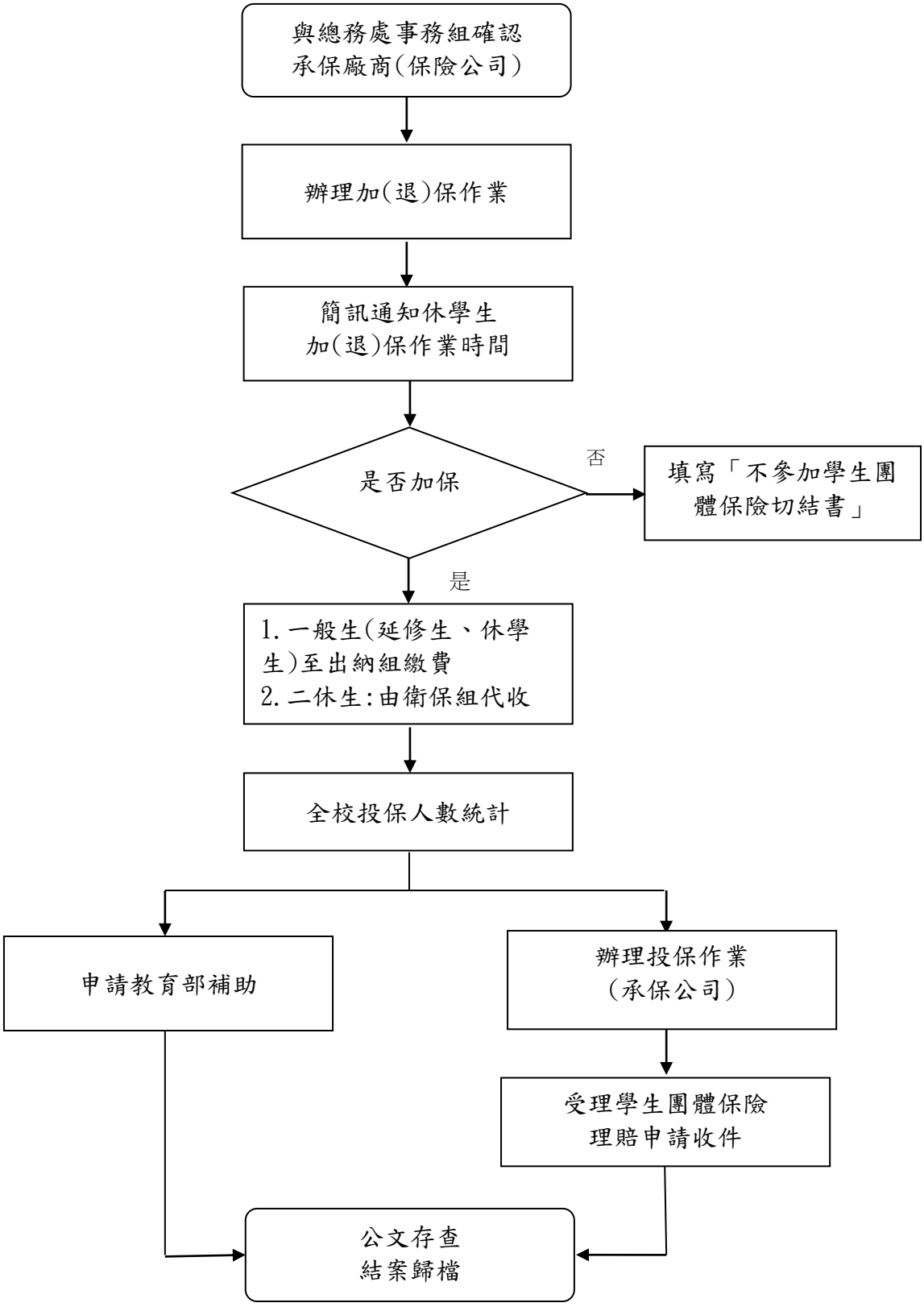
	4.申請教育部補助 4.1 填寫表格「全校實際參加學生團體保險人數明細及經費統整表」。 4.2 各項表單製作： (1)「全校實際參加學生團體保險人數明細及經費統整表」一式二份。 (2)「○○保險公司學生團體保險參加人數及保險費明細表」一式二份（需保險公司及本校用印完成)。 (3)領據乙紙（金額填寫一般生補助金額)。 4.3 依行政流程以稿代簽用印後，於規定時間內（上學期 11 月 30 日前、下學期 4 月 30 日前完成作業）函送教育部完成申請補助作業。 4.4 收文存參 5.受理學生申請保險理賠 5.1 向同學解說理賠申請書之填寫事項，亦可由網頁了解理賠申請注意事項及下載表單（申請理賠之所需資料依該學年度之承保公司規定)。 5.2 確認理賠申請書內容填寫無誤，請同學填寫送件登記表，登錄個人資料及送件日期。 5.3 受理人於申請書下方送件人員資料欄位蓋章(要保單位:衛保組，承辦人員:受理人)。 5.4 每星期收件一次，所有申請資料經由承保公司派員簽收後，轉送該公司理賠部審核。 5.5 理賠金核撥方式：理賠金直接匯撥至學生本人帳戶，若遇特殊情況，可能以支票方式給付，請同學或監護人至承保公司領取。
控制及稽核重點	1.確定下學年度之學生團體保險費金額，以利出納組學期末印製繳費通知單。 2.具有學籍之學生，皆可投保學生團體保險。 3.不續保通知書以掛號方式寄出，如有退回應將信封留存。 4.各項表單未成年同學皆需家長簽署，但已成年或已結婚之學生，則由本人簽署即可。 5.每學期承保人數，依學生繳交學生保險費人數計算。
使用表單	1.學生團體險參加人數及保險費明細表(附表 1) 2.學生團體保險代辦工作費收據(附表 2) 3.全校實際參加學生團體保險人數明細及經費統整表(附表 3) 4.學生團體保險理賠申請書(附表 4) 5.不參加學生團體保險切結書(附表 5)
參考法規	1. 教育部補助私立大專校院辦理學生團體保險作業原則 2. 僑光科技大學學生團體保險作業辦法
備註	

如附件 1

僑光科技大學 內部控制制度

單　　位	學生事務處-衛生保健組	編修日期	113.08.01		
工作項目	學生團體保險	文件編號	Bd019	風險值	3

流程圖



附表 1

00 人壽保險股份有限公司

學年度第 學期

學生團體保險參加人數及保險費明細表

中華民國　　年　　月　　日

項目		人數	每人自繳保費	自繳保費合計	學校代申領　應支付部份	
參加保險人數	應繳保費學生	a)	每人　　元	d)	每人　　元 小計	g)
	免繳學雜費學生	b)	每人　　元	e)	每人　　元 小計	h)
	參保學生總數	c)	←c=a + b	f)	I =g + h	i)
保險費總計＝f + I				↑自繳合計 f = d + e 附註： 1.銀行:國泰世華/忠孝 013 2.帳號:56368 52007004 9 3.戶名:富邦人壽		
代辦工作費　1.5 x c						
實際保險費金額						
未參加保險人數						
全校學生總人數						

投保學校及其代號：僑光科技大學(1204002-000)

校　　址：台中市西屯區僑光路 100 號

校　　長：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（請加蓋印章）

經　辦　人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（請加蓋印章）

學　校　電　話：04-27016855 轉分機:＿＿＿＿

註:本表一式四份。二份交由教育部備查；一份由投保學校存查；一份連同代辦工作費收據、免繳學雜費學生名冊、休學及延修學生名冊交 00 人壽公司團保部。

附表 2

學生團體保險代辦工作費收據

茲收到○○人壽保險股份有限公司發給　學年度第　學期辦理學生團體保險代辦工作費新台幣　萬　仟　佰　拾　元正。

此據

投保學校名稱：僑光科技大學

校　長：　（簽章）

（或職務代理人）

經 辦 人：　（簽章）

本校學生人數合計：　員

中　華　民　國　年　月　日

附註：代辦工作費金額以元為單位，元以下四捨五入。每一學期按參加學生人數(包含免交保費學生在內)每名一．五元發給。但人數未滿六佰人之學校每一學期按九佰元基本數發給。

附表 3

僑光科技大學　學年度第　　學期

全校實際參加學生團體保險人數明細及經費統整表

學校學制	每人每學期保險費(含教育部補助)(元)	一般參加團保學生人數(人)(1)	教育部補助一般學生每人每學期金額(元)(2)	教育部補助一般學生金額總計(元)(3)＝(1)*（2)	全額補助學生人數(人)(4)	教育部全額補助每人每學期(元)(5)	教育部全額補助保險費總計(元)(6)＝(4)*（5)	未參加團保學生人數(人)	教育部補助總計(元)(7)＝(3)+（6)	承保保險公司	保額(萬)
日 間 部											
進 修 部											
合　　計											

承辦人　　（蓋章）　　會計　　（蓋章）　　校長　　（蓋章）

聯絡電話：04-27016855 轉 1353

附註：

一、請各校按學校實際學制增列打印成所附格式。

二、私立學校全額補助學生請併入學校辦理各類學生減免學雜費申請補助。

三、學校收據金額請填寫教育部補助一般學生金額總計之合計欄金額

附表 4

富邦人壽　大專院校學生團體保險理賠保險金申請書

投保類別：□ 大專院校學生團體

申請項目：□ 身故保險金　□ 重大疾病保險金　□ 失能保險金　□ 傷害醫療保險金　□ 住院醫療日額保險金　□ 住院醫療保險金　□ 癌症醫療保險金　□ 其它　□ 差額給付證明

要保單位：			保單號碼：	
事故人基本資料	學生/事故人姓名：	身分證號碼：	生日：民國　年　月　日	
	學號：	系(所)別：	班級：	
	事故人聯絡電話	(　)	行動電話	E-mail
	事故人聯絡地址	縣/市　鄉/鎮/區/市　村/里　路/街　段　巷　弄　號　樓		
保險事故	事故時間：民國　年　月　日　時	□ 疾病　□ 意外	就診身分 □ 健保 □ 自費	
	處理單位：　分局/　派出所　處理警員：　聯絡電話：			
	請說明保險事故發生地點、原因、經過情形及診斷(如為車禍事故，請填寫車號)			

□匯款□支票	匯款帳戶為□ 受益人□ 匯入前次理賠帳號 □ 受益人之法定代理人的帳號	戶名		身分證號碼	
	金融機構名稱	_____銀行 _____分行　分行代碼 □□□□□□□		□ 郵局	
	帳　　號	□□□□ □□□□ □□□□ □□			

* 身故保險金有二人以上受益人時，請另填寫「理賠申請書附表-保險金給付聲明」
* 帳號請參照存摺由左而右填寫，如不足 14 碼者，請空白，勿補零。戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。

理賠申請書告知暨注意事項

富邦人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法及洗錢防制法相關規定，向 台端告知下列事項，請 台端務必詳閱。本公司因辦理您的理賠申請與查證事故經過，會需要蒐集、處理及利用您的個人資料(如姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷或醫療、健康檢查等)，該資料會在蒐開箱集目的存續期間及依法令規定執行業務之期間內被處理或利用，您的個人資料除了基於海外急難救助服務、境外理賠申請文件轉送服務、再保險業務或委外業務執行約需要會在我國境外處理及利用外，僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內供本公司及上轉產壽險公會建立查詢系統、本公司的委外廠商、保險事業發展中心、金融消費評議中心、依法有調查權機關或金融監理機關處理及利用，若申請項目為身故保險金時，為確認本次理賠申請所檢附相關醫體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，本公司將提供前開資料予衛生福利部死亡通報系統以進行資料比對。本公司保有您的個人資料時，您可以至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線查詢、請求閱覽或製給複製本。若您的個人資料有誤或記載不完全，您可以需通知補充或更正，但依法您應為適當的理由說明；若尚有其他疑義時，您也可以需置通知本公司停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料。若您選擇不同意提供或是提供之個人資料不完全時，本公司將可能就後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能延遲或無法提供相關理賠給付。此外，個人或法人，同體於理賠申請時，需提供身分證明文件或法人，同體登記證明文件，股權結構資料及負責人、董監事、總經理、出資25%以上股東之基本資料。

特種個資同意書

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集處理利用同意書

立書人(以下簡稱本人)同意　貴公司基於理賠申請與查證事故經過需要，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法所規定範圍內(包含轉送予有業務往來之再保公司辦理再保險核保或理賠簽務，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

此致　富邦人壽保險股份有限公司

立書人(即被保險人)/受益人簽章: _____

法定代理人/監護人/輔助人簽章: _____ **身份證字號** _____ **國籍** _____ **生日** _____

中　華　民　國　年　月　日

*本人申領保險給付，已確認上列相關資料正確無誤，本件為保險經紀人公司送件申請時，由保險經紀人公司代理貴性保險給付通知書。
*立書人、受益人為成年人，受監宣或輔助宣告之人時，應由法定代理人、監護人或輔助人親自簽名同意。

送件人員資料					
	送件(見證)人簽章		登錄字號/執業證書編號		送件人員行動電話
	*本申請書上受益人之簽名，或其身份證影本之真實，均係由本人見證，且本人保證無任何其它虛偽情事。				
	單位代碼	要保單位簽章	承辦人員	助理簽章	理賠單位收文章

富邦人壽

同意查詢聲明書

茲因申請富邦人壽保險股份有限公司(下稱富邦人壽)保險給付之需要，

立書人：_____以被保險人_____身分證號碼：_____（關係為 □ 本人 □ 受益人 □ 法定代理人或監護人）之身分同意委託富邦人壽向 貴機構/單位索引、查詢、調閱、抄錄或影印本案相關保險事故資料或被保險人自契約生效日（民國____年____月____日）之前五年內迄本聲明書簽章日為止，不限科別之特定疾病的相關病歷（病名：_____），以為參證之處理及利用，本人並同意富邦人壽就本聲明書得影印使用，其影本與正本具相同效力。

此致

有關醫療機構、警察機關、消防機關、監理機關、海巡機關、或其它相關單位及個人

立書人簽章：_____ 身分證號碼：_____

(如立書人為未成年人或受監護或輔助宣告之人，請由法定代理人、監護人或輔助人簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等)

電話(或行動電話)號碼: _____

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____

身分證號碼：_____ 國籍：_____ 出生日期：_____

(如立書人為受部分輔助宣告之人，請法定輔助人一併簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等)

中　　華　　民　　國　　年　　月　　日

親愛的保戶您好，請閱讀下列說明事項

一、本聲明書僅供向醫療機構調閱事故人病歷或查證事故紀錄經過之用，不另做其它用途。

二、若您此次申請不需藉由查詢病歷評估，本公司將會從速辦理，若經評估本案需要查詢病歷而您未簽名同意時，本公司即須通知業務同仁再次勞煩您簽名，如此將會造成您時間上的不便，也將影響辦理的進度，所以請您於申請理賠的同時再於此頁簽名同意。(部分醫院需要該院的制式表格，可能需要再行簽名，業務同仁將通知您協助)。

您已簽名的部分，本公司將本於誠信及保護您個人資料安全的最高原則下保管及使用，感謝您的協助，富邦人壽敬祝您平安健康。

01069903008

附表 5

存根聯:學校留存　　編號:«編號»

僑光科技大學不參加學生團體保險切結書

說明：

依「教育部補助私立大專校院辦理學生團體保險作業原則」第四點規定，學生團體保險非強制性，學校應鼓勵全體學生參加。選擇不參加保險之學生，教育部不予補助，並應簽署切結書。若保險事故發生時，絕不對貴校及承保機構請求任何理賠或給付，特此切結。

不加保期間:____學年第____學期至____學年第____學期

謹致　僑光科技大學

【重要通知】 本校學生團體保險加(退)保時間為每學期開學日起算 6 周內，請於規定時間內返校辦理加(退)保及繳費事宜，以免影響自身權益，逾期請自行負責。

000 學年度第 0 學期加退保截止日為:000 年 00 月 00 日。

立書人(學生)：

系所班級：＿＿＿＿＿＿系　　年　　班

學　號：＿＿＿＿＿＿電話：

監護人：＿＿＿＿＿＿(學生未滿 18 歲需監護人簽名， 請監護人簽名後將切結書交回學務處衛生保健組)

中華民國　　年　　月　　日

收執聯:學生留存　　編號:«編號»

僑光科技大學不參加學生團體保險切結書

說明：

依「教育部補助私立大專校院辦理學生團體保險作業原則」第四點規定，學生團體保險非強制性，學校應鼓勵全體學生參加。選擇不參加保險之學生，教育部不予補助，並應簽署切結書。若保險事故發生時，絕不對貴校及承保機構請求任何理賠或給付，特此切結。

不加保期間:____學年第____學期至____學年第____學期

謹致　僑光科技大學

【重要通知】 本校學生團體保險加(退)保時間為每學期開學日起算 6 周內，請於規定時間內返校辦理加(退)保及繳費事宜，以免影響自身權益，逾期請自行負責。

000 學年度第 0 學期加退保截止日為:000 年 00 月 00 日。

立書人(學生)：

系所班級：＿＿＿＿＿＿系　　年　　班

學　號：＿＿＿＿＿＿電話：

監護人：＿＿＿＿＿＿(學生未滿 18 歲需監護人簽名， 請監護人簽名後將切結書交回學務處衛生保健組)

中華民國　　年　　月　　日