

檔 號：  
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

承辦人：向鈞  
電話：(02)27527286  
傳真：(02)2771-8392  
Email：124@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國111年6月2日  
發文字號：全醫聯字第1110001384號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：新光人壽關懷慰問金申請書

主旨：函請轉知 貴會所屬會員，有關新光人壽保險公司於111年5月31日補充說明，提供保戶為醫護人員，因工作確診新冠肺炎關懷慰問金申請事宜，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據新光人壽保險股份有限公司111年5月31日新壽保關字第1110000069號函。
- 二、由於本會委由新光人壽保險公司承辦「會員團體壽險」，故本會會員因工作而感染新冠肺炎經確診者，可申領慰問金3萬元，需將檢附「在職證明書正本」、「確診證明書正本」、「身份證正反面影本」及「關懷慰問金申請表正本」(如附件)等文件申辦。
- 三、醫護慰問金：111年04月26日至111年05月31日期間確診染疫者得申請。以上僅以申請乙次為限，並請於111年10月31日前提出申請。
- 四、有關上述「因工作而感染經確診者」係指有收治新冠肺炎醫療院所之急診室、負壓隔離病房以及加護病房之醫師及護理師為限。
- 五、倘若有其他疑問：請電洽新光人壽保險公司客戶服務專線0800-031-115。

補充說明：

1. 速刊網站。
  2. 轉知醫院
  3. 會務人員影本傳閱。
- 康維敬 6/18/2022

正本：各縣市醫師公會  
副本：中華民國醫師公會全國聯合會校對章

理事長 邱泰源

## 新光人壽關懷保險金流程說明

若本公司保戶為醫師，因工作而感染經確診者，可申領慰問金3萬元，需將檢附領款人「111年度醫院(診所)在職與職務證明」、「確診證明書正本」、「身份證正反面影本」及「新光人壽關懷慰問金申請書乙張。(兩頁都需印出或者正反面印)」等文件申辦。

上述「因工作而感染經確診者」係指從事照護新冠肺炎患者，且有收治新冠肺炎醫療院所之急診室、負壓隔離病房以及加護病房之醫師及護理師為限。

醫護慰問金：111年04月26日至111年05月31日期間確診染疫者得申請。以上僅以申請乙次為限，並請於111年10月31日前提出申請。

申請方式：填寫慰問金申請表及檢附相關資料，郵寄或洽請本公司服務據點申請，本公司受理且審核後，以匯款方式給付關懷慰問金。

註：「醫護人員慰問金係屬關懷給付性質，本公司保留依實際狀況調整之權利」。

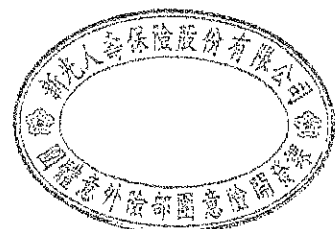
慰問金相關客戶服務專線 0800-031-115

郵寄收件窗口：黃琳泮小姐 電話：02-2389-5858 分機 2398

郵寄地址：台北市松山區南京東路五段125號12樓 團體意外險開發課 黃琳泮小姐收

此窗口僅限受理中華民國醫師公會全國聯合會會員本人。

如有後續補件將會另行通知會員本人。



1525	111. 5. 31
------	------------

檔 號：  
保存年限：

## 新光人壽保險股份有限公司 函

地址：新北市板橋區中山路一段141號

聯絡電話：(02)23895858

聯絡經辦：王靖渝 分機 4323

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國111年5月31日

發文字號：新壽保關字第1110000069號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：新光人壽關懷慰問金申請書.pdf (111PS00652\_1\_31145554025.pdf)

主旨：有關貴會對於本公司保戶為醫護人員因公確診新冠肺炎關懷慰問金規定乙事，復如說明，敬請查照。

說明：

- 一、依據貴會中華民國(下同)111年5月18日全醫聯 第1110001261號函辦理補充說明。
- 二、因近期國內新冠肺炎疫情肆虐，本公司以實際行動「力挺醫護」。若本公司保戶為醫師及護理師，因工作而感染經確診者，可申領慰問金3萬元，需將檢附「在職證明書正本」、「確診證明書正本」、「身份證正反面影印本」及「關懷慰問金申請表正本」等文件申辦。
- 三、以上僅以申請乙次為限，並請於111年10月31日前提出申請。申請方式：填寫慰問金申請表及檢附相關資料後，請洽保單上之服務人員或親臨(郵寄)本公司服務據點申辦。倘有疑問，請電洽本公司客戶服務專線0800-031-115。本公司受理且審核後，將以匯款方式給付關懷慰問金。
- 四、有關上述「因工作而感染經確診者」係指有收治新冠肺炎醫療院所之急診室、負壓隔離病房以及加護病房之醫師及

護理師為限。

五、醫護人員慰問金係屬關懷給付性質，本公司保留依實際狀況調整之權利。特此說明並請貴會參閱本公司官網。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會

副本：



裝

訂

線



新光人壽關懷慰問金申請書(新冠肺炎專用)

本人(被保險人): 身分證字號:

因確診感染「嚴重特殊傳染病肺炎」(以下簡稱新冠肺炎),現蒙新光人壽保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)基於關懷服務精神,為貴公司保戶,就任醫院之醫護人員,因執行醫療職務而確診感染新冠肺炎者,給付「關懷慰問金」新台幣叁萬元整。

**\*上述關懷慰問金依主管機關之相關法令規定,須列入個人所得。**

本人(被保險人)現向貴公司申請關懷慰問金,並聲明檢附文件均為真實,如有不實招致貴公司損失,將返還關懷慰問金。

指定關懷慰問金付款銀行(郵局)之帳戶號如下:

金融機構	銀行	分行(局)	分行代號																
帳	號																		

\*未滿20足歲者之關懷慰問金,得經本人同意指定匯入法定代理人之帳戶,請檢附法定代理人之關係證明及附有照片且未過期之官方身分證明文件影本。

\*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。

此致

新光人壽保險股份有限公司

申請人:

法定代理人/監護人:

身分證號碼:

身分證號碼:

手機號碼:

手機號碼:

戶籍地址:

戶籍地址:

見證人(業務員或服務專員):

單位主管:

登錄證號碼:

履行個人資料保護法告知說明,請詳第二頁。

中華民國 年 月 日

【新光人壽關懷慰問金申請書共二頁,第一頁】

新光人壽保險股份有限公司履行個人資料保護法告知說明書

新光人壽保險股份有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）規定，向台端告知下列事項，請台端詳閱：

一、蒐集之目的：

- （一）人身保險（00一）
- （二）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：

- （一）姓名。
- （二）身分證統一編號。
- （三）地址。
- （四）病歷、醫療、健康檢查。
- （五）要保書、要保文件等其他基於保險契約所提供之個人資料。

三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式：

- （一）期間：因執行業務所必須及依法令規定要求之期間。
- （二）對象：本公司、本公司的委外服務或委外業務之廠商、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、財團法人金融消費評議中心、與本公司有再保業務往來之公司、本公司所屬金控公司、本公司之共同行銷對象、依法有調查權機關或金融監理機關。
- （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。

四、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：

您可以透過書面（包含電子郵件、傳真、電子文件）或致電本公司客戶服務專線（電話：0800-031-115）之方式行使權利。

五、台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端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。