

頭家 友夠旺

團體傷害保險專案

企業營運
守護

員工福利
守護

全面
三大守護

重大工安
守護



商品險種名稱：

旺旺友聯產物平安旺團體傷害保險

旺旺友聯產物平安旺團體傷害保險重大意外傷害保險附加保險

旺旺友聯產物平安旺團體傷害保險特定意外傷害事故保險金附加保險

旺旺友聯產物平安旺團體傷害保險傷害醫療保險附加保險



商品給付項目：

意外身故保險金或喪葬費用保險金、意外失能保險金、重大燒燙傷保險金、大眾運輸工具意外身故及失能保險金、傷害醫療保險金實支實付型、傷害醫療保險金日額型、住院療養金、加護病房保險金、燒燙傷病房保險金、住院慰問金、救護車運送費用、食物中毒慰問金、門診手術保險金。

商品核准文號：

105.01.20(105)旺總精算字第0003、0005、0006、0007號函備查,107.8.17依據107.6.7金管保壽字第10704158370號函逕修,
108.12.31依據108.04.09金管保壽字第10804904941號函逕修,108.12.31依據108.06.21金管保壽字第10804920500號函逕修,
109.01.31(109)旺總精算字第0030號函備查,110.12.01(110)旺總精算字第1965、1966號函備查,
112.01.05依據111.08.30金管保壽字第1110445485號函逕修。

※消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率(預定附加費用率)最高40%，最低30%;如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話:0800-024-024)或網站(網址:www.wwunion.com)，以保障您的權益。
※消費者於投保前，應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險，如要詳細了解本商品相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話:0800-024-024)或網站(網址:www.wwunion.com)，以保障您的權益。
※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，基於保險公司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。
※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。
※如需參考其他相關商品資訊，可查閱本公司網站或洽服務人員辦理。
※本商品受保險安定基金之保障。
※本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷其傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。



旺旺集團
旺旺友聯產物保險公司
Union Insurance Company

台北市忠孝東路四段219號12樓
24H免費申訴電話：0800-024-024
公開資訊網址：<http://www.wwunion.com/>

服務人員：

(主約) 保險項目/保險金額		方案 A	方案 B	方案 C	方案 D	方案 E	方案 F	方案 G
意外身故、失能保險金		100萬元	200萬元	300萬元	100萬元	200萬元	300萬元	500萬元
重大燒燙傷保險金		100萬元	100萬元	100萬元	100萬元	100萬元	150萬元	200萬元
搭乘大眾運輸工具意外身故、失能保險金(增額)		100萬元	100萬元	100萬元	100萬元	100萬元	200萬元	200萬元
傷害醫療給付(日額型)	最高 90 天	1,000元/日	1,000元/日	1,000元/日	1,000元/日	1,000元/日	1,000元/日	1,000元/日
傷害住院療養金	最高 90 天	-	-	-	-	500元/日	1,000元/日	1,000元/日
傷害住院加護病房	最高 14 天	1,000元/日	1,000元/日	1,000元/日	2,000元/日	2,000元/日	2,000元/日	2,000元/日
燒燙傷病房	最高 14 天	2,000元/日	2,000元/日	2,000元/日	2,000元/日	2,000元/日	3,000元/日	3,000元/日
傷害住院慰問金 (每次連續住院達5天以上)		1,000元/次	1,000元/次	1,000元/次	2,000元/次	2,000元/次	2,000元/次	2,000元/次
救護車運送費用保險金		-	-	-	-	2,000元	3,000元	3,000元
意外門診手術慰問金		-	-	-	500元/次	500元/次	1,000元/次	1,000元/次
食物中毒慰問金		-	-	-	500元/次	500元/次	1,000元/次	1,000元/次
(主 約) 年繳保險費(NT\$)	職業類別：1 類	913元	1,495元	2,078元	938元	1,642元	2,386元	3,586元
	職業類別：2 類	1,140元	1,868元	2,597元	1,172元	2,050元	2,978元	4,479元
	職業類別：3 類	1,367元	2,241元	3,115元	1,405元	2,458元	3,570元	-
	職業類別：4 類	2,047元	3,359元	-	2,105元	3,681元	-	-
	職業類別：5 類	3,182元	-	-	3,272元	-	-	-
	職業類別：6 類	4,090元	-	-	4,206元	-	-	-
(附約) 保險項目/保險金額		(投保主約100萬~500萬元可附加)				(投保主約200萬~500萬元可附加)		
		附約 1		附約 2		附約 3		
傷害醫療給付 (實支實付型)		1萬元		2萬元		3萬元		
(附 約) 年繳保險費(NT\$)	職業類別：1 類	202元		285元		334元		
	職業類別：2 類	252元		356元		417元		
	職業類別：3 類	303元		427元		500元		
	職業類別：4 類	454元		641元		750元		
	職業類別：5 類	706元		-		-		
	職業類別：6 類	908元		-		-		



注意事項

- 投保年齡限制：
被保險人投保年齡以15足歲至70歲為限，續保至75歲。
- 投保金額限制：

最高投保限額	100萬元	200萬元	300萬元	500萬元
年齡限制	15足歲-70歲 (續)70歲以上~75足歲	15足歲-65歲	15足歲-65歲	20足歲-65歲
職業類別	1~6類	1~4類	1~3類	1~2類
其它投保限額	外籍家庭幫傭或 外籍現場勞工	農夫(果農、茶農)海外留學生、 外籍新娘	退休人員、學生、家庭主婦、 長期駐外人員、外籍高階人士	-

備註：外籍人士投保時需檢附居留證或在台工作證明及護照(限新保件)

- 本專案不保對象：
被保險人如因求學、工作、經商之需要，須定居或經常出入戰亂地區、未開發國家或流行病疫區者；無業者或無固定職業者(待業、失業、臨時工、打零工等)；碰觸高壓電之水電工、建築工人(泥水工、模板工、綁鐵工、石棉瓦或浪板安裝工人、雜工、清潔工)；空中吊掛作業人員及高樓外牆施工作業人員；被保險人職業類別為拒保類及適用特別費率者，不予承保。
- 本專案除外行業別：海上漁業、森林砍伐業、礦業採石業、航運業、炸藥業、特種營業。
- 每一被保險人於本公司投保金額最高以500萬元為限。且每一被保險人於本公司投保之所有意外傷害(附加)保險之累計限額為2000萬元(含特定事故或加倍後之保額)，若有超過此累計限額者，本公司不予承保。
- 相關年齡、保額、保費及職業等級規定，依本公司核保準則辦理，詳細承保內容詳見保單條款為主。
- 本公司保有承保與否之權利。
- 為保障被保險人權益，如日後職業變更時，請務必通知本公司。



《以下資料請轉交要保人/被保險人知悉》

【要/被保險人投保須知】

茲依「金融消費者保護法」及「金融服務業提供金融商品或服務前說明契約重要內容及揭露風險辦法」之規定，旺旺友聯產物保險股份有限公司（下稱本公司）敬告要（被）保險人於投保前須特別注意下列事項：

- 一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知其授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。
- 二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，若違反保險法第64條告知義務時，保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。
- 三、要（被）保險人對於保險契約權利行使、變更、解除及終止之方式：
 - （一）權利行使：被保險人於保險期間內發生保險事故並致生損害時，應依保險法相關法令與投保商品契約條款之規定及程序，向本公司辦理理賠事宜。
 - （二）契約變更：
 - 1.要保人得隨時向本公司提出契約變更，除法令另有規定或契約另有約定者外，非經雙方書面同意且經本公司簽批者不生效力。
 - 2.保險契約條款有停效約定者，本公司於契約停效期間不負給付保險金責任。
 - （三）契約解除及終止：
 - 1.保險契約當事人之一方違背特約條款時，他方得解除契約；其危險發生後亦同。
 - 2.保險契約得經要保人通知而終止之，保險契約終止時，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率計算已經過期間之保險費後，將未滿期保險費退還要保人，相關計算方式請詳閱保單條款。
- 四、本公司對於保險契約之重要權利、義務及責任：本公司依據經主管機關核定之各項保險費率收取保險費，在承保危險事故發生時，依相關法令、契約條款之約定及承保之責任，對請求權人、被保險人或受益人負賠償之義務。
- 五、要保人、被保險人應負擔之費用及違約金(包括收取時間、計算及收取方式)：要保人、被保險人除繳交保險費外，無須繳交其他任何費用及違約金。
- 六、本公司保險商品悉依保險相關法令辦理，並受有財產保險安定基金之保障。
- 七、因本保險商品或服務所生紛爭之處理及申訴管道：
本公司免費申訴電話0800-024-024，公開資訊網址：<http://www.wwunion.com>
- 八、投保時，請貴客戶務必詳閱業務員所提供保單條款或至保險業公開資訊觀測站(保險業公開資訊觀測站→單一查詢→產險→旺旺友聯產物保險股份有限公司→保險商品)查詢並詳閱本公司所揭露本保險商品保單條款至少三日。

【產險業履行個人資料保護法告知義務內容】

親愛的客戶，您好：

旺旺友聯產物保險公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

- 一、蒐集之目的：
 - （一）財產保險(0九三)
 - （二）人身保險(00一)
 - （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、蒐集之個人資料類別：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、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：
 - （一）期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
 - （二）對象：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、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、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。
 - 五、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：以書面郵寄申請或至本公司各營業處辦理。
 - 六、台端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）：
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，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。
- 註：上開告知事項已公告於本公司官網(www.wwunion.com)，如有任何問題歡迎洽詢本公司0800-024-024免付費專線。



旺旺友聯產物保險股份有限公司 Union Insurance Co., Ltd.

總公司：台北市忠孝東路四段 219 號 12 樓 電話：(02)2776-5567 傳真：(02)2741-7590
有關本公司公開資訊，請見本公司網址：hppt://www.wunion.com 免費申訴電話：0800-024-024

旺旺友聯產物平安旺團體傷害保險要保書

※1.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，基於保險公司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。

2.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。

3.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。

4.如需參考其他相關商品資訊，可查閱本公司網站或洽服務人員辦理。

110.12.01(110)旺總精算字第 1965 號函備查

保單號碼	12 字第	號	保險期間	自民國	年	月	日	時起	時止
要保單位		統一編號				電話			
聯絡地址							傳真		
被保險人資料	共		人（詳投保名冊）	營業性質		承辦人			
身故受益人	☐ 法定繼承人 ☐ 依勞基法規定 ☐ 被保險人之家屬（請在被保險人名冊中指定家屬姓名，未填者視為法定繼承人）								
保費分擔方式	☐ 全部公司負擔 ☐ 全部自行負擔 ☐ 員工公司負擔、眷屬自行負擔 ☐ 其他_____								
繳費方式	☐ 年繳 ☐ 半年繳 ☐ 季繳 ☐ 月繳			保險費（新台幣）		元			

保險項目/保險金額 (請於被保險人名冊中填寫主約代號)		方案 A	方案 B	方案 C	方案 D	方案 E	方案 F	方案 G
意外身故、失能保險金		100 萬元	200 萬元	300 萬元	100 萬元	200 萬元	300 萬元	500 萬元
重大燒燙傷保險金		100 萬元	100 萬元	100 萬元	100 萬元	100 萬元	150 萬元	200 萬元
搭乘大眾運輸工具意外身故、失能保險金		100 萬元	100 萬元	100 萬元	100 萬元	100 萬元	200 萬元	200 萬元
傷害醫療給付（日額型）	最高 90 天	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日
傷害住院療養金	最高 90 天					500 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日
傷害住院加護病房	最高 14 天	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日
燒燙傷病房	最高 14 天	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日
傷害住院慰問金（每次連續住院達 5 天以上）		1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次
救護車運送費用保險金						2,000 元	3,000 元	3,000 元
意外門診手術慰問金					500 元/次	500 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次
食物中毒慰問金					500 元/次	500 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次
(主約) 年繳保險費 (NT\$)	職業類別：1 類	913 元	1,495 元	2,078 元	938 元	1,642 元	2,386 元	3,586 元
	職業類別：2 類	1,140 元	1,868 元	2,597 元	1,172 元	2,050 元	2,978 元	4,479 元
	職業類別：3 類	1,367 元	2,241 元	3,115 元	1,405 元	2,458 元	3,570 元	
	職業類別：4 類	2,047 元	3,359 元		2,105 元	3,681 元		
	職業類別：5 類	3,182 元			3,272 元			
	職業類別：6 類	4,090 元			4,206 元			

保險項目/保險金額 (請於被保險人名冊中填寫附約代號)		(投保主約 100 萬~500 萬元可附加)		(投保主約 200 萬~500 萬元可附加)
		附約 1	附約 2	附約 3
傷害醫療給付（實支實付型）		1 萬元	2 萬元	3 萬元
(附約) 年繳保險費 (NT\$)	職業類別：1 類	202 元	285 元	334 元
	職業類別：2 類	252 元	356 元	417 元
	職業類別：3 類	303 元	427 元	500 元
	職業類別：4 類	454 元	641 元	750 元
	職業類別：5 類	706 元		
	職業類別：6 類	908 元		

聲明事項：(聲明事項應由要保人及被保險人親自確認後簽名或蓋章)

1. 本人(被保險人)同意旺旺友聯產物保險股份有限公司(以下簡稱旺旺友聯產險公司)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。
2. 本人(被保險人、要保人)同意旺旺友聯產險公司將本要保書上所载本人資料轉送產、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。
3. 本人(被保險人、要保人)同意旺旺友聯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。
4. 本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保旺旺友聯產險公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知旺旺友聯產險公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而保險公司仍承保者，旺旺友聯產險公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知旺旺友聯產險公司者，同意旺旺友聯產險公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部份不負給付責任。

注意事項：

- ※ 要保人對於保險人之書面詢問事項，應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，旺旺友聯產物保險公司得依保險法第 64 條之規定解除契約，保險事故發生後亦同，為保障您的權益，請務必親自填寫並確實告知。
- ※ 本人已知悉並明瞭「旺旺友聯產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」之內容及約定。
- ※ 本人(要保人、被保險人)於填寫要保書時，對於旺旺友聯產物保險公司所提供之『要保書填寫說明』、『保單條款』、『投保人須知』等前項資料已審閱並充分了解其內容。
- ※ 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。
- ※ 配合保險法 107 條規範，對於未滿 15 足歲者之喪葬費用保險金最高限額 61.5 萬元。(人壽保險、傷害保險、旅行平安保險及人壽保險、傷害保險、旅行平安保險之綜合型保險合併計算)。

經紀人/代理人簽署章：

要保人/負責人簽章：

申請日期：中華民國 年 月 日

旺旺友聯產物填寫欄				招攬人員名稱、代號		
核 定	承 辦 人 員	經手人代號	中間人代號	單位代號	業務員簽名	業務員登錄 ID



旺旺友聯產物保險股份有限公司

Union Insurance Co., Ltd.

總公司：台北市忠孝東路四段 219 號 12 樓 電話：(02)2776-5567 傳真：(02)2741-7590
有關本公司公開資訊，請見本公司網址：<http://www.wunion.com> 免費申訴電話：0800-024-024

旺旺友聯產物平安旺團體傷害保險健康聲明書

要保單位：

保單號碼：

員工代號：

保險証號：

一、基本資料 (※為確保資料的正確性，保險對象姓名請以正楷書寫，以下各欄資料如有塗改處請簽章確認)

關係	被保險人	性別	國籍	出生日期	身分證字號	工作內容	承保內容	保險費	聯絡電話/聯絡地址	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？	被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明 (請勾選)？如勾選是者，請提供相關證明文件。	被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)？如勾選是者，請提供相關證明文件。
本人										是 ☐ 否 ☐	是 ☐ 否 ☐	是 ☐ 否 ☐
配偶										是 ☐ 否 ☐	是 ☐ 否 ☐	是 ☐ 否 ☐
☐ 子女 ☐ 父母										是 ☐ 否 ☐	是 ☐ 否 ☐	是 ☐ 否 ☐
☐ 子女 ☐ 父母										是 ☐ 否 ☐	是 ☐ 否 ☐	是 ☐ 否 ☐
☐ 子女 ☐ 父母										是 ☐ 否 ☐	是 ☐ 否 ☐	是 ☐ 否 ☐

二、告知事項

●本健康告知書之適用對象係以本公司於投保規則之規範為依據。
●本要保書內所陳述事項均屬事實，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，旺旺友聯產物保險公司得依保險法第 64 條之規定解除契約，保險事故發生後亦同，為保障您的權益，請務必親自填寫並確實告知。

	本人		配偶		子女		父母	
	是	否	是	否	是	否	是	否
1. 過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (1)高血壓(指收縮壓 140mmHG，舒張壓 90mmHG 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙 (外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症。(3)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。(4)糖尿病。(5)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 目前身體機能是否有下列障害(請勾選)： (1)失明。(2)是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表〇.三以下。(3)聾。(4)是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。(5)啞。(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

※上列告知事項答「是」者，請詳細說明被保險人姓名、保險公司、商品名稱、保險金額、原因、診治經過、時間、醫院名稱、治療結果、目前狀況。

說明：_____

三、聲明事項

- 本人 (被保險人) 同意旺旺友聯產物保險股份有限公司 (以下簡稱旺旺友聯產險公司) 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。
- 本人 (被保險人、要保人) 同意旺旺友聯產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。
- 本人 (被保險人、要保人) 同意旺旺友聯產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。
- 本人 (被保險人、要保人) 已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保旺旺友聯產險公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知旺旺友聯產險公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而保險公司仍承保者，旺旺友聯產險公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知旺旺友聯產險公司者，同意旺旺友聯產險公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部份不負給付責任。

被保險人簽名： 本人 _____ / 配偶 _____ 父母 _____ / 子女 _____ 未成年者法定代理人簽名：_____	要保人/負責人簽章：
--	--



旺旺友聯產物保險股份有限公司 Union Insurance Co., Ltd.

總公司：台北市忠孝東路四段 219 號 12 樓 電話：(02)2776-5567 傳真：(02)2741-7590
 有關本公司公開資訊，請見本公司網址：<http://www.wunion.com> 免費申訴電話：0800-024-024

旺旺友聯產物平安旺團體傷害保險被保險人名冊

要保單位：_____

日期：____年____月____日

編號	被保險人姓名	出生年月日	身份證字號	工作性質	性別	與要保人關係	投保計畫		保險費	身故受益人			被保險人簽章
							主約代號	附約代號		姓名及身分證字號	與被保險人關係	聯絡電話/聯絡地址	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

保費合計：_____ (合計人數：_____)

要保單位暨負責人蓋章：

註：

※本人(被保險人)已審閱旺旺友聯產物團體傷害保險要保書(如附件)，並同意要保單位依該要保書所載內容投保本團體傷害保險。※本人(被保險人)同意旺旺友聯產物保險股份有限公司(以下簡稱旺旺友聯產險公司)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。※本人(被保險人、要保人)同意旺旺友聯產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。※本人(被保險人、要保人)同意旺旺友聯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。

※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。

※要保單位如有提供投保人員之電子檔或其他書面資料，無須填寫上開之被保險人名冊，但仍須被保險人以書面同意本團體傷害保險契約之訂定，以符合保險法第 105 條規定。

※配合保險法 107 條規範，對於未滿 15 足歲者之喪葬費用保險金最高限額 61.5 萬元。(人壽保險、傷害保險、旅行平安保險及人壽保險、傷害保險、旅行平安保險之綜合型保險合併計算)。



旺旺友聯產物保險股份有限公司
Union Insurance Co., Ltd.

旺旺友聯保戶投保權益確認暨聲明書(團體保險專用)

感謝您對旺旺友聯產物保險股份有限公司的支持，為維護您的權益，並使本公司瞭解貴要保單位的保險適合度，以提供符合實際需求的保險商品，請貴要保單位配合確認並聲明下列事項：

1	本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。
2	本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。
3	本要保單位與被保險人投保時，皆已確認所提供之相關基本資料(公司統一編號、營業事業登記證等)與要保書及要保文件上所載之資料一致。
4	本要保單位與被保險人投保時，確實係由本要保單位檢視要保書及相關要保文件之內容後，親自簽署所有文件，且受益人之指定皆經被保險人同意，並同意投保。
5	本要保單位與被保險人投保時，保險費支出若全額由被保險人自行負擔保險費者，已確實確認： (1)本保險投保成員均自行負擔全額保費。 (2)本保險之被保險人均為要保單位所屬成員，皆有投保意願。
#6	本要保單位與被保險人投保時，要保書中健康聲明所載告知事項已確實確認並主動告知，保單生效後若有要保書中健康聲明所載告知事項之情事發生，將主動告知保險公司並同意填寫相關問卷。

要保單位及負責人簽章：_____

兆鎮國際保險經紀人有限公司【財產保險商品】書面分析報告

同一被保人買多份可寫在同一張(續保件且投保條件相同者免提供)

日期:

基本資料

要保人 (法人為名稱及代表人)		被保險人 【與要保人關係】	
姓名		姓名	☐ 同要保人
身份証字號		身份証字號	
生日/職業/性別	/ / ☐ 男 ☐ 女	生日/職業/性別	/ / ☐ 男 ☐ 女
投保強制險必填	車牌號碼		車輛種類

保險需求 (一年傷害險續保+強制險+火災險保額相同續保件免填)

本次投保之目的及需求	☐ 保障 ☐ 醫療給付 ☐ 房屋貸款 ☐ 其他(請說明)_____
欲投保之保險種類	1. ☐ 健康險 ☐ 傷害險 ☐ 團體險 ☐ 火災保險 ☐ 責任險 ☐ 工程險 ☐ 運輸險 ☐ 其他..(請說明)_____ 2. ☐ 強制險 ☐ 任意車險 3. ☐ 旅行平安險-- ☐ 國內 ☐ 國外(保額500萬以下免填)
保險期間	_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日
欲投保之保險金額	☐ 保額:_____萬/元, 醫療:日額_____元/實支:_____萬元 ☐ 海外突發疾病:_____ (旅平險適用) ☐ 強制險依政府規定之保額
是否已有投保其他商業保險?	☐ 是, _____保險公司, ☐ 否
是否有指定之保險公司	☐ 否 ☐ 是(請說明)
是否已有投保其他商業保險之有效保險契約	☐ 是, _____保險公司, ☐ 否

保險費支出

預估繳交之保險費金額	新臺幣: _____元
------------	-------------

業務員建議事項及資訊揭露及報酬收取

保險公司名稱及概況	_____產物保險股份有限公司 提供 ☐ 保險公司網站 ☐ 保發中心網站 查詢概況
投保內容	主約: ☐ 同意自動續保 ☐ 不同意自動續保
欲投保之保險金額	主約: _____萬 ☐ 依估價單內容為準
保障範圍	☐ 死殘保障 ☐ 醫療給付 ☐ 財產保障 ☐ 責任保險 ☐ 其他_____
保險費	保費: _____元
建議投保保險公司理由	☐ 保障完整 ☐ 符合需求 ☐ 客戶指定 ☐ 其他
報酬收取說明	◎本公司依規定無另行向要保人收取任何型式報酬

防制洗錢風險評估檢核表

項目	風險	備註
地域風險	☐ 本國保戶 ☐ 外國保戶 ☐ 自然人 ☐ 非自然人	1. 本國保戶:一般風險 2. 外國保戶&非自然人(高洗錢及資恐風險黑名單):高風險
保戶風險	☐ 第一類 ☐ 第二類 ☐ 第三類 ☐ 第四類	第1類: 包含當舖、金融代辦中心、地下匯兌、賭場、賽馬或賭博相關行業 第2類: 包含國內外政治人士、軍火商、珠寶、骨董或名畫古玩商、銀樓 第3類: 不動產買賣商、律師、會計師、貿易商、證券或期貨仲介經紀商 第4類: 前3類以外者
來源: ☐ 主動投保 ☐ 陌生拜訪 ☐ 舊識轉介 ☐ 親友&朋友 交易: ☐ 業務員面對面 ☐ 電銷 ☐ 網路投保		
產品風險	☐ 未代收保費 ☐ 有代收保費	1. 未代收保費者,為一般風險。 2. 有代收保費者,若屬高現金價值保單與保戶個人收入或資產有不相當者為高風險。
整體風險	☐ 一般 ☐ 高	前三項評估皆為高風險或其他資訊可判斷為高風險者,應婉拒代洽訂保險契約

※簽名確認

業務人員簽名:

登錄字號:

日期:

保險經紀人履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

103 年 12 月 22 日經總經理核准修正

兆鎮國際保險經紀人有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）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 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

（一）保險經紀

（二）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別：包含但不限姓名、身分證統一編號、聯絡方式等個人資料（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）於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、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應為保存之期間

（二）對象：本(分)公司、產、壽險公司、財團法人金融消費評議中心、業務委外機構、依法有調查權機關或金融監理機關。

（三）地區：上述對象所在地之地區。

（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，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. 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、台端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）：

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，因此將婉謝、延遲或無法提供相關服務。

被告知人：_____（簽名）（要被保險不同人時均須簽名）

履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

105 年 03 月 15 日經總經理核准修正

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除上述說明書所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供 台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人（即被保險人），本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致

立同意書人（即被保險人）簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

中華民國 年 月 日

10503