



僱主補償險專案 + 雇主意外責任險

幸福企業

頭家用心經營 員工安心打拼

減少職災爭議

員工執行職務期間發生意外事故，僱主責任未確定時，僱主補償契約責任保險可優先定額給付補償金，兼顧僱主的道義與責任。

專為僱主打造

本專案保險可用來抵充僱主之法律責任，保障僱主企業營運免於後顧之憂。

員工保障完善

- 保障員工於執行勤務期間死亡及失能、重大燒燙傷、醫療費用、住院日額、加護病房日額、住院慰問金（含骨折未住院）等多項補償金。
- 保障員工於非執行勤務期間亦有死亡撫恤金、醫療費用、住院慰問金等多項補償金。

支付相關費用

支付僱主就民事部分依法應付的抗辯、和解、訴訟、並支付必要之費用。

雙重加值保障

投保方案二以上者，享有超額雇主意外責任險 200 萬雙重保障。

失能比照勞保

- 失能給付比照勞保認定標準核定，只要發生承保範圍內之意外事故，即可啟動本商品理賠。
- 解決一般雇主意外責任險需釐清「責任比例」、「賠償責任範圍」的問題。

六大優勢內容
僱主首選

商品名稱：臺灣產物僱主補償契約責任保險/臺灣產物僱主補償契約責任保險擴大承保非執行職務期間死亡撫卹附加條款/臺灣產物雇主意外責任保險/臺灣產物雇主意外責任保險超額給付附加條款/臺灣產物雇主意外責任保險慰問金費用附加條款

商品文號：111.04.28產精算字第1110001210號函備查/ 103.03.28產企字第1030000592號函備查/ 111.04.12產精算字第1110001038號函備查/109.07.31產精算字第1090001848號函備查/ 109.07.31產精算字第1090001849號函備查

本保險商品受保險安定基金保障

本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原及保險法令，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。

欲查詢本公司銷售商品之相關資訊可至下列網址：<https://www.tfmi.com.tw/>或至本公司總分支機構查閱及索取書面文件。免費申訴電話：0809-068-888

| 承保項目 | | 方案一 | 方案二 | 方案三 | 方案四 | 方案五 | |
|--------------|----------------------------------|---------|---|---------|---------|---------|-------|
| 執行 勤務期間 | 死亡及失能補償金 | 50萬 | 100萬 | 200萬 | 300萬 | 500萬 | |
| | 重大燒燙傷補償金(5級11項) | 50萬 | 100萬 | 200萬 | 300萬 | 500萬 | |
| | 醫療費用補償金 | 3萬 | 3萬 | 3萬 | 5萬 | 10萬 | |
| | 住院日額費用補償金(最高90天)(含骨折未住院) | 1,000/日 | 1,000/日 | 2,000/日 | 2,000/日 | 3,000/日 | |
| | 加護病房費用補償金(日額)(最高45天) | 1,000/日 | 1,000/日 | 2,500/日 | 2,500/日 | 4,000/日 | |
| | 燒燙傷病房日額補償金(最高15天) | 2,000/日 | 2,000/日 | 3,000/日 | 4,000/日 | 6,000/日 | |
| | 住院慰問補償金(住院須連續3日(含)以上)(每人每一事故)(次) | 5,000 | | | | | |
| | 失能慰問補償金(每人/每一事故)(次) | 15,000 | | | | | |
| | 身故慰問補償金 | 50,000 | | | | | |
| | 超額雇主意外責任險 | 不含 | 每一個人體傷責任—200萬 每一事故限額—1,000萬 保險期間累積限額—2,000萬 | | | | |
| 失能給付標準 | 依照勞保失能等級表 | | | | | | |
| 非執行 勤務期間 | 死亡撫卹金 | 50萬 | 100萬 | 200萬 | 200萬 | 200萬 | |
| | 醫療慰問金費用(實支實付型) | 不含 | 2萬 | 3萬 | 5萬 | 5萬 | |
| | 住院慰問金費用(住院須連續3日(含)以上) | 不含 | 3,000/次 | 3,000/次 | 5,000/次 | 5,000/次 | |
| 每人年繳保費(職業類別) | | 1-3類 | 968 | 1,512 | 2,300 | 3,513 | 5,113 |
| | | 4類 | 1,733 | 2,431 | 4,148 | 5,233 | 7,283 |

投保職災須注意事項：

- 被保險人提供職災編號、實領薪資總額及勞工職業災害保險月投保薪資總額後，由本公司核保報價。
- 勞工職業災害保險月投保薪資7.28萬以下者，實領薪資與勞工職業災害保險月投保薪資差額不得大於2萬。
- 勞工職業災害保險月投保薪資7.28萬(含)以上者，實領薪資與勞工職業災害保險月投保薪資差額不得大於5萬。
- 本公司保有最終承保權。



承保規則

1. 保險期間：一年
2. 承保職業類別：1~4類
3. 投保人數需2人以上，採記名投保。被保險人之員工投保年齡15足歲至70足歲，續保得至75足歲。
4. 申請醫療費用補償金/慰問金時，得提具收據副本。
5. 加護病房日額補償金同一事故理賠上限45天。
6. 燒燙傷病房補償金同一事故理賠上限15天。
7. 附加超額雇主意外責任險須全體受僱人皆投保方案二以上方案。
8. 慰問補償金及住院慰問金費用為一次性給付非日額給付。
9. 若僱主未幫受僱員工投保勞健保，則僅可投保意外事故補償金，不得投保職災及超額雇主意外責任險。
10. 職業類別5、6類不適用本專案，但可另案報價，請洽本公司服務窗口。
11. 超額雇主意外責任險就僱主補償契約責任保險賠付金額抵充民法賠償責任不足的部分，於保險金額範圍內，負賠償責任。

除外職業類別：

點工、外籍勞工、人力派遣工、養殖業、森林木材業、造林業、礦業、採石業、海上作業、航運業、鐵路運輸業、油礦開採業、潛水爆破工作人員、電力高壓工程設施人員、特技演員、鎮暴警察、霹靂小組、特勤人員、特種警察、消防人員、保全保鑣人員、動物園飼養人員、職業運動員、乩童、核能工程環保人員、營業用貨車司機及工人、砂石車司機及工人、鷹架工、沖床工、剪床工、空勤人員、廣告招牌架設、高樓外部清潔工、救生員、救難大隊、瓦斯分裝工、油罐車司機及工人、軍警人員、道路清潔人員及工程人員、各式工地工人、鐵工場人員、職業類別五、六類及拒保類人員。以上僅為例示，詳細職業分類悉依本公司受僱人職業分類表規定辦理，本公司核保人員保有最後承保與否之權利。



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。

本保險商品，非存款商品，不受「存款保險」保障。

本保險商品未提供契約撤銷權，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。

本商品之預定費用率(預定附加費用率)最高29.7%，最低28%。

本商品簡介僅供參考，詳細保單內容以保單條款為準，客戶投保前應詳細閱讀保單條款內容。

臺灣產物保險(股)公司24小時免費服務電話：0809-068-888

公司地址：台北市館前路49號8、9樓(週一~週五AM 8:30~PM 5:30) 電話：02-2382-1666

臺灣產物保險股份有限公司

臺灣產物僱主補償契約責任保險與雇主意外責任保險合併要保書

本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險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。有關本公司資訊公開說明文件，請見本公司網址：<http://www.tfmi.com.tw> 或親蒞本公司（100 台北市中正區館前路 49 號 8、9 樓）及各分支機構查詢 免費申訴電話：0809-068-888

111.04.12 產精算字第 1110001038 號函備查

| | | | | | |
|--|--|------------------|---------------------|---------|--------------|
| 保險單號碼 | 僱主補償契約責任保險 (A) 第 號 | 雇主意外責任保險 (B) 第 號 | 保單份數 | 正副份數 | 正副 |
| 要保人 | 統一編號 | | 出生年月日 | 代表人 | |
| 住所(通訊處) | 聯絡電話 | | 與被保險人關係 | | |
| 被保險人 | 統一編號 | | 出生年月日 | 代表人 | |
| 住所(通訊處) | 聯絡電話 | | | | |
| 經營業務處所： | 經營業務種類： | | | | |
| 保險期間 | 自民國 年 月 日 | | 時起至民國 年 月 日 時止 | | |
| 受僱人投保人數： | <input type="checkbox"/> 全部員工投保 人 | 每月實際總薪資： | 勞工職業災害保險 月投保總薪資： | | |
| 僱主補償契約責任保險 (A) | | 保險金額 (新台幣) | | 保 險 費 | |
| 每一個人體傷責任之保險金額 | | | | | |
| 每一意外事故體傷責任之保險金額 | | | | | |
| 保險期間內之最高賠償金額 | | | | | |
| 適用附加條款： <input type="checkbox"/> 臺灣產物僱主補償契約責任保險擴大承保非執行職務期間死亡撫卹附加條款 <input type="checkbox"/> 其他： | | | | | |
| 雇主意外責任保險 (B) | | 保險金額 (新台幣) | | 保 險 費 | |
| 每一個人體傷責任之保險金額 | | | | | |
| 每一意外事故體傷責任之保險金額 | | | | | |
| 本保險契約之最高賠償金額 | | | | | |
| 每一次事故自負額 | | | | | |
| 適用附加條款： <input type="checkbox"/> 臺灣產物雇主意外責任保險超額給付附加條款 <input type="checkbox"/> 臺灣產物雇主意外責任保險慰問金費用附加條款 <input type="checkbox"/> 其他： | | | | | |
| 保 險 費 (新台幣)：(A) + (B) = | | | | | |
| 說明事項 | 1. 被保險人經營要保書所載業務已有多久？ 年；於經營業務處所現址經營業務已有多久？ 年 2. 請詳述經營業務之範圍： 3. 被保險人員工之工作性質如與下述職(行)業中一項或數項有關者，請打 <input checked="" type="checkbox"/> 。 <input type="checkbox"/> 1) 飛行員或空服人員 <input type="checkbox"/> 5) 採石(礦)場 <input type="checkbox"/> 9) 危險物品製造(硫酸、鹽酸、爆竹) <input type="checkbox"/> 2) 船員、引水人 <input type="checkbox"/> 6) 礦工、隧道工人 <input type="checkbox"/> 10) 化學工廠 <input type="checkbox"/> 3) 海上作業員或潛水人員 <input type="checkbox"/> 7) 拆除業或爆破人員 <input type="checkbox"/> 11) 特技人員 <input type="checkbox"/> 4) 造、修、拆船 <input type="checkbox"/> 8) 水壩建造、維護 <input type="checkbox"/> 12) 其他 4. 請提供下列資料：1) 以附表提供投保員工名冊(包括全職與兼職)、擔任之職務、工作內容與保險金額。 2) 被保險人提供受僱人之「意外事故補償規則」。 5. 最近五年來被保險人是否曾因受僱人體傷、失能或死亡而受賠償之請求？如有，請詳述其原因、經過情形與賠償金額。 | | | | |
| 要保人茲特聲明： | | | | | |
| 1. 本要保書所填各項均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事，足為與 貴公司訂立保險契約之基礎，要保人並願接受該保險契約各項條款及規定之約束。 | | | | | |
| 2. 本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。 | | | | | |
| 3. 本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。 | | | | | |
| 此致 | | | | | |
| 臺灣產物保險股份有限公司 | | 要保人簽章 | | 年 月 日 | |
| 保 經 代 填 寫 欄 位 | | | | | |
| 單位名稱 | 單位代號 | 保險業務員 | | 經代簽署人簽章 | |
| | | 簽 名 登錄證字號 | | | |
| 保 險 公 司 填 寫 欄 位 | | | | | |
| 核保 | 經辦 | 輸入 | 分保 | 服務人員 | 保險業務員 |
| | | | | | 簽 名 登錄證字號 |

臺灣產物保險股份有限公司履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

臺灣產物保險股份有限公司(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(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、蒐集之個人資料類別：

本公司蒐集之個人資料類別包含：識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、財務細節及健康及其他類等。例如：姓名、身分證統一編號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況、病歷、醫療、健康檢查或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料等予以填載，詳如相關業務申請書、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、共同行銷或合作推廣等業務往來之公司、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：以書面方式或透過客服專線(0809-068888)向本公司提出申請。

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。

中華民國 年 月 日 受告知人： (簽章)

註：本公司履行上開告知義務，不限取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。本公司應採下列方式之一保全履行告知義務之證明：

- 一、電話行銷之電話錄音檔。
- 二、當事人表明已受告知之書面文件或註明當事人已收受告知書之保單、契約變更或理賠等簽收回條。
- 三、將告知書內容與要保書或保險契約相關申請文件合併列印。

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 | <input type="checkbox"/> 同要保人 |
| 身份証字號 | | 身份証字號 | |
| 生日/職業/性別 | / / <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生日/職業/性別 | / / <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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 | | <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)_____ | |
| 欲投保之保險種類 | | 1. <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 團體險 <input type="checkbox"/> 火災保險 <input type="checkbox"/> 責任險 <input type="checkbox"/> 工程險 <input type="checkbox"/> 運輸險 <input type="checkbox"/> 其他..(請說明)_____ | |
| 保險期間 | | _____年_____月_____日起至_____年_____月_____日 | |
| 欲投保之保險金額 | | <input type="checkbox"/> 保額:_____萬/元, 醫療:日額_____元/實支:_____萬元 <input type="checkbox"/> 海外突發疾病: (旅平險適用) <input type="checkbox"/> 強制險依政府規定之保額 | |
| 是否已有投保其他商業保險? | | <input type="checkbox"/> 是, _____保險公司, <input type="checkbox"/> 否 | |
| 是否有指定之保險公司 | | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請說明) | |
| 是否已有投保其他商業保險之有效保險契約 | | <input type="checkbox"/> 是, _____保險公司, <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 保險公司網站 <input type="checkbox"/> 保發中心網站 查詢概況 | |
| 投保內容 | | 主約: <input type="checkbox"/> 同意自動續保 <input type="checkbox"/> 不同意自動續保 | |
| 欲投保之保險金額 | | 主約: _____萬 <input type="checkbox"/> 依估價單內容為準 | |
| 保障範圍 | | <input type="checkbox"/> 死殘保障 <input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 財產保障 <input type="checkbox"/> 責任保險 <input type="checkbox"/> 其他_____ | |
| 保險費 | | 保費: _____元 | |
| 建議投保保險公司理由 | | <input type="checkbox"/> 保障完整 <input type="checkbox"/> 符合需求 <input type="checkbox"/> 客戶指定 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 本國保戶 <input type="checkbox"/> 外國保戶 <input type="checkbox"/> 自然人 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 舊識轉介 <input type="checkbox"/> 親友&朋友 交易: <input type="checkbox"/> 業務員面對面 <input type="checkbox"/> 電銷 <input type="checkbox"/> 網路投保 | | |
| 產品風險 | <input type="checkbox"/> 未代收保費 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 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