



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)2741-5403
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

重大災害防救者之投保說明

一、依災害防救法第 50 條第 2 項規定，各級政府應為依同條第 1 項登錄之災害防救團體或災害防救志願組織投保救災意外險，條文所稱救災意外險究其本質乃為避免救災人員救災期間遭遇不測，為傷害保險範疇。

二、商品名稱：旺旺友聯產物團體傷害保險，最低投保人數為 5 人。

三、保障範圍：

【傷害身故、失能保險金】

被保險人於保險期間內遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致失能或死亡時，本公司依照本保險契約之約定，負給付保險金之責。意外傷害事故係指非由疾病引起之外來突發事故。

【傷害醫療保險(日額型)】

被保險人於保險期間內遭受的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內，經登記合格的醫院治療者，本公司就其住院日數，給付保險單所記載的「傷害醫療保險金日額」。每次傷害給付日數不得超過九十日。

四、保險費：

依災害防救者之實際參與救災工作內容予以職業分類計收保險費，本公司並保有最終承保與否的權利。

五、本專案負責承辦人員：

健康傷害險部李正偉

電話：02-2776-5567 分機 320

傳真：02-2741-5403

電子信箱：4062@wunion.com

假日期間請以傳真或 E-MAIL 方式提供相關要保文件，且生效日為本公司接獲通知(傳真日或 E-MAIL 收迄日)當日午夜十二時起生效。



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。

109.01.31(109)旺總精算字第 0027 號函備查

保單號碼	12 字第	號	保險期間	自民國	年	月	日	24	時起	
				至民國	年	月	日	24	時止	
要保單位			統一編號			電話				
聯絡地址					傳真					
被保險人料	共	人 (詳投保名冊)	營業性質			承辦人				
身故受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 依勞基法規定 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 全部公司負擔 <input type="checkbox"/> 全部自行負擔 <input type="checkbox"/> 員工公司負擔、眷屬自行負擔 <input type="checkbox"/> 其他_____									
繳費方式	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳		保險費 (新台幣)							元

承保內容	保險金額 (NT\$)		型別選擇				
	A 計畫	B 計畫	C 計畫	D 計畫	E 計畫		
<input checked="" type="checkbox"/> 意外身故及失能保險金 (滿 15 歲以上)	30 萬元	50 萬元	萬元	萬元	萬元	萬元	
意外失能保險金 (未滿 15 足歲)	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元	
<input type="checkbox"/> 重大燒燙傷保險金	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元	
<input type="checkbox"/> 實支實付型	元	萬元	萬元	萬元	萬元	萬元	
<input checked="" type="checkbox"/> 住院日額型/每次事故最高 90 天	500 元/日	500 元/日	元/日	元/日	元/日	元/日	
<input type="checkbox"/> 住院加護病房保險金/每次事故最高 天	元/日	元/日	元/日	元/日	元/日	元/日	
<input type="checkbox"/> 住院燒傷病房保險金/每次事故最高 天	元/日	元/日	元/日	元/日	元/日	元/日	
<input type="checkbox"/> 住院慰問金 (住院達 天 (含) 以上)	元/次	元/次	元/次	元/次	元/次	元/次	

---接續---							
保險費 (NT\$)	元	元	元	元	元	元	

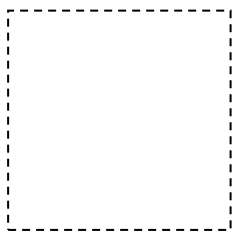
聲明事項：(聲明事項應由要保人及被保險人親自確認後簽名或蓋章)

- 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。

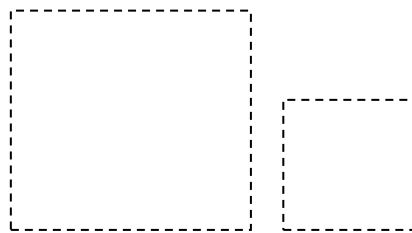
注意事項：

- ※ 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。
- ※ 要保書於填寫要保書時，對於保單條款樣本或影本、投保須知及個人資料保護法說明之資料應收訖並審閱。
- ※ 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。

經紀人/代理人簽署章：



要保人/負責人簽署章：



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：hppt://www.wunion.com 免費申訴電話：0800-024-024

旺旺友聯產物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。	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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
配偶										是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母										是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母										是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母										是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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0.三以下。(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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※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。

<p>被保險人簽名：</p> <p>本人 _____ /配偶 _____</p> <p>父母 _____ /子女 _____</p> <p>未成年者法定代理人簽名：_____</p>	<p>要保人/負責人簽章：</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div>
---	--



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	投保計畫	身故受益人			被保險人簽章 【本人已審閱要保書聲明事項(註)】
							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。