

收文日期：

收文編號：

旺旺友聯產物保險公司檢舉表

本表格用途在於便利檢舉人針對本公司人員之不法行為進行檢舉，以利本公司就您所檢舉之事項進行調查，請確實填寫每項內容，本公司當恪遵保密義務，如您為本公司員工，亦不會因所檢舉案件而遭受任何不利處分，請您放心。

*除非特別標示「非必填」外，本表格每項內容均為必填項目，請您留意。

基本資料項目		填寫內容
檢舉人	姓名	
	身分證字號	
	聯絡地址	
	聯絡電話	
	聯絡電子郵件	
被檢舉人	姓名	
	其他足資識別資料 (職稱、部門等)	
其他案關人員姓名及聯絡方式 (非必填)		
檢舉案相關資訊	本案是否已請求地方調解委員或司法機關協助？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	您是否有先行向本公司之客戶服務處請求協助處理過？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	您是否曾經向金融主管機關、評議中心或產險公會等機構檢舉過？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	如上述任一點回答「是」，請協助說明檢舉/請求協助機構、檢舉時間及該機構回應：	

檢舉案件之具體事實經過

(1) 事發日期、時間、地點：

(2) 檢舉不法行為之描述：

(3) 先前向本公司或其他機構進行檢舉/申訴之處理結果等：

(4) 其他有助於本公司進行本檢舉案調查之相關事實：

*請務必檢附可供調查之具體事證，如保單、憑據、合約、信函、錄音/影等。

關於您的檢舉，請您瞭解下列事項：

本公司收到檢舉後，將儘速處理，並將檢舉案件之處理情形，適度以書面或其他方式通知您。
但請務必注意：如檢舉內容有匿名、非真實姓名、故意誣陷、虛偽不實、無具體內容、重覆檢舉、或未確實填寫檢舉表相關事項等情形，本公司將先行通知補正資料，通知後仍不補正者，本公司爰不予調查或停止調查。

檢舉方式：

請於填妥後將本檢舉表及相關附件事證資料：

(1) 郵寄至電子信箱：whistleblower@wwunion.com

；或

(2) 郵寄至 10690 臺北市大安區忠孝東路四段 219 號 6 樓「旺旺友聯產物保險股份有限公司法令遵循室檢舉信箱」收。

(3) 若您以電話方式檢舉者，也請務必選擇您便利的上述方式之一，將相關資料郵寄或以電子郵件交予本公司，俾儘速辦理案件。

本檢舉表填寫完成後，請您簽名確認並註明日期。

日期：_____年_____月_____日

檢舉人：_____