



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4段219號12F TEL：(02)2776-5567 FAX：(02)2741-7590

本公司公開資訊，請見本公司網址：www.wwunion.com 免費申訴電話：0800-024-024

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。本保險商品有受財產保險安定基金之保障。

旺旺友聯產物雇主意外責任保險要保書

113.08.30 依金融監督管理委員會 113.06.25 金管保綜字第 1130422474 號函逕修

保險單號碼	第		號本單係	第	號續保	保單份數 收據份數	正本： 副本：
保險期間	自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止						
要保人					身分證號碼 / 統一編號	出生年月日	代表人
要保人住所					與被保險人關係	聯絡電話	
被保險人	☐ 同要保人				身分證號碼 / 統一編號	出生年月日	代表人
住所(通訊處)	☐ 同要保人住所				聯絡電話		
投保種類別 (擇一投保)	☐ 一般類 ☐ 專案類	承保受僱人數		受僱人投保狀況： 有否參加勞工保險(含健保)	☐ 全部參加 ☐ 部分參加 ☐ 均無參加		
定作人							
經營業務種類 或承保工作							
經營業務處所 或勞動場所							
承保項目		保險金額			每一次事故自負額		
每一個人體傷責任							
每一意外事故體傷責任							
本保險契約之最高賠償金額							
總保險費							
附加條款							
備註說明							
※說明事項： 投保其他保險資料/損失記錄： 同一營業處所或專案是否已投保雇主意外或其他責任保險？ ☐ 是 ☐ 否；如是，請詳述其保險種類、保險單號碼、保險金額與保險期間： 同一營業處所或專案於過去五年是否有損失紀錄（不論有否投保）？ ☐ 是 ☐ 否；如是，請說明其損失金額、次數及原因： 保險內容如有變動，應通知保險公司並辦理批改。遇有事故發生時，應立即通知保險公司並盡力避免損失之擴大。 ※聲明事項： 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 旺旺友聯產物保險股份有限公司							
						要保人簽章：_____	
						年 月 日	
旺旺友聯產物保險公司填寫欄				招攬單位填寫欄		保經、代公司簽章	
核保	輸入	經手人員編	公司別	招攬人員簽名	業務員登錄字號		
				單位名稱/代號			