



旺旺友聯產物團體傷害保險續保通知書暨要保書

108.12.31 (108) 旺總精算字第1230號函送保險商品資料庫

※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。

保單號碼	號本單係第 0412GPA0000147/ 號續保		保險期間	自民國 113 年 03 月 01 日 00 時起 至民國 114 年 03 月 01 日 24 時止
要保人	臺北自來水事業處企業工會	統一編號	48723119	受理號碼
聯絡地址	330台北市大安區長興街131號		繳費方式	總保險費
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			

(理賠紀錄：002 次；人數：共計 00177人；應繳保費：)

◎被保險人資料：請於保險將屆滿時，先確認續保通知書上之被保險人名冊是否相符，若辦理續保時遇有需加保之被保險人，請填寫附件中『被保險人投保名冊表』，以便完成續保作業。

◎承保內容：(如下)

◎基本資料(保障內容)：

被保險人姓名	出生年月日	等級	服務單位	受益人聯絡地址	請填寫	受益人/與被保險人之關係	被保險人
序號	要、被保險人關係	身分證號碼	國籍	工作內容	及聯絡電話	計畫別	承保內容
							保險金額 保險費 簽章

續保名冊及保障內容，待要保單位提供

◎約定事項：

※配合保險法107條條文修正，對於未滿15足歲者之喪葬費用保險金給付約定，最高限額61.5萬元(壽險、產險公司合併計算)，若未符合規定者本公司將照會通知，本公司仍保留對續期保險承保與否之權利。

※保險法第116條條文修正案，於111年12月2日起依據金管會111年8月30日金管保壽字第1110445485號函實施辦理。

※依據金管保財字第11104485611號函辦理修正「臺灣地區傷害保險個人職業分類表」，作為職業類別調整之依據，自112年6月1日起實施。

※自109年1月31日起傷害醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式修訂，請參閱保單條款。

※依被保險人保險年齡若達66歲(含)至75歲(含)者，傷害身故及失能保險金最高投保金額200萬元。

※要保書資料若有異動或更正，請於修改處簽名或蓋章確認，本公司保有最終承保與否之權利。

※自110年1月1日起，為強化保險業透過信用卡扣款收取保險費之身分驗證機制，若以信用卡方式繳交保險費者(請填寫信用卡授權書)，授權人須為要保人、被保險人、受益人本人之信用卡；若授權人為要保人或被保險人之配偶、二親等血親內親屬，須檢附關係證明文件。

※要保書資料若有異動或修改，請於修改處簽名或蓋章確認，本公司仍保留最終承保與否之權利。

※「續保通知書暨要保書」須經核保審核確認，本公司仍保留對續期保險承保與否之權利。

※原50人(含)以上之團保件，於續約時若不足50人，則不適用以上費率，請洽詢業務人員重新報價。

【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，申請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。

※本要保書內所述事項均屬事實，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，本公司得依保險法第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」之內容及約定最高給付金額為新台幣200萬元。

※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。

※要保人於填寫要保書時，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。

要保人/負責人簽章：

申請日期：中華民國 年 月 日

旺旺友聯產物保險公司填寫欄			招攬單位填寫欄			保經代簽署章
核保	輸入	經手人員編	業務員簽名	業務員登錄字號	業務員行動電話	
		04/劉玉惠/4295/ 台北分公司				
			單位名稱/代號： /興華經紀/興華經紀人/9390			

旺旺友聯產物團體傷害保險健康聲明書

要保單位：臺北自來水事業處企業工會

保單號碼：

員工代號：

保險証號：0412GPA0000147

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	出生日期	身分證字號	性別	工作內容	型別選擇	承保內容	保險費	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 <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

<p>●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。</p> <p>●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。</p>		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"/>
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 0.3 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"/>
<p>※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。</p> <p>說明：</p>									

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>
--	-------------------



保單號碼：

號係 0412GPA0000147 號續保 要保單位名稱：臺北自來水事業處企業工會

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：_____



傷害險&健康險 批改申請書

(109.06版)

要保人	臺北自來水事業處企業工會	保單號碼	
被保險人		批單號碼	
保險期間	民國 113 年 03 月 01 日 00 時起至民國 114 年 03 月 01 日 00 時止		

下列批改事項請自 年 月 日 00 時起生效：

要保人/被保險人姓名變更(請檢附身分證證明文件) 註銷:原因 _____

職業變更(任職機構及詳細工作內容) 退保(健康險退保,應檢付客戶終止健康險保險契約申請書所列與客戶權益相關之重要事項書面告知內容並簽名確認。)

受益人變更(請填寫姓名、關係、比例或順位) _____

地址變更 _____

補發(請填寫遺失切結書) _____

其他 _____

變更內容說明如下：

切結書

本批改申請書之要保人(被保險人)：_____，向旺旺友聯產物保險股份有限公司投保，因不慎遺失之文件：保險單、保險費收據，爾後有關該保險單權益如有任何糾紛，概由立切結書人負全部責任，特此證明。

此致
旺旺友聯產物保險股份有限公司 立切結書人：_____ 中華民國 年 月 日

如有退費(限要保人本人)，請勾填給付方式：支票 匯款(請填寫下列資料)

戶名：_____ ID/統一編號：_____

往來銀行名稱及代號：_____ 銀行/郵局 _____ 分行/支局 _____ 帳號：_____

加保生效日	被保險人姓名	出生日期	身分證字號	工作性質(含兼業)	計畫別	身故失能保額	傷害醫療		身故受益人	
							實支實付	日額	姓名/關係	聯絡方式
						萬	萬	元		
						萬	萬	元		
						萬	萬	元		
						萬	萬	元		
						萬	萬	元		
						萬	萬	元		

退保日期	被保險人姓名	身分證字號	退保日期	被保險人姓名	身分證字號	退保日期	被保險人姓名	身分證字號

註1：要保人、被保險人申請加保、退保、契約變更時，須經本公司核保通過始生效力，惟生效時間得追溯至本公司接受郵戳日或傳真日午夜十二時起生效，若約定加保日、退保日或其他契約變更之日在本公司接受傳真日之後，則生效時間以約定為該日之午夜十二時。

註2：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。

註3：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。

註4：被保險人未滿15足歲者，受益人限被保險人本人。

註5：本人已知悉客戶終止健康險保險契約申請書所列與客戶權益相關之重要事項書面告知內容。

【申請人】

要保人/被保險人/法定代理人簽名：_____ 聯絡電話：_____

(公司行號請蓋大小章) _____ 地址：_____

核定	承辦人	經手人
		ABI1470736 9390