



※ 本商品受保險安定基金之保障，並依該基金之動用範圍及限額規定辦理。

107 年 10 月 19 日兆產備字第 1074300664 號函備查

**【告知事項】**

要保人在訂立本契約時或被保險人於要保人申請投保或加保時，對於本公司的要保書書面詢問的告知事項應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得解除該被保險人部分之保險契約效力，其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。

### 【聲明事項】

- (一) 本人(被保險人)同意兆豐產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- (二) 本人(被保險人、要保人)同意兆豐產物保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。
- (三) 本人(被保險人、要保人)同意兆豐產物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。
- (四) 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兆豐產物保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兆豐產物保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，而兆豐產物保險公司仍承保者，兆豐產物保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兆豐產物保險公司已獲者，同意兆豐產物保險公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人壽保險契約給付的部分不負給付責任。

※ 要保人於填寫要保書時 ☒ 已審閱 ☐ 未審閱 兆豐產物保險公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」、「投保須知」及「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。

此 致

兆豐產物保險股份有限公司



要保人(要保單位)/負責人簽章：

要保日期：中華民國 109 年 12 月

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                             |   |                |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------|----------------------------------|
| 保險單號碼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 第                                                                                                                           | 號 | 本單係            | 續保                               |
| 要保人<br>(要保單位)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 兆豐社會福利機構                                                                                                                    |   |                | 註冊地 中華民國                         |
| 統一編號                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 03090217                                                                                                                    |   |                |                                  |
| 連絡電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | (02) 2381 2727                                                                                                              |   |                |                                  |
| 負責人<br>(代表人)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 梁正德                                                                                                                         |   |                |                                  |
| 住所<br>(通訊處)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 臺北市中正區武昌街一段58號                                                                                                              |   |                |                                  |
| 保險期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 自民國 110 年 1 月 1 日 00 時起至民國 111 年 1 月 1 日 00 時止                                                                              |   |                |                                  |
| 被保險人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 共 888 人(詳被保險人名冊)                                                                                                            |   |                |                                  |
| 身故保險金<br>受益人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 詳被保險人名冊 (以被保險人之家屬或法定繼承人為限)                                                                                                  |   |                |                                  |
| 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 (請勾選): <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選): <input type="checkbox"/> 是, <input checked="" type="checkbox"/> 否, 如勾選是者, 請提供相關證明文件。<br>被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明 (請勾選): <input type="checkbox"/> 是, <input checked="" type="checkbox"/> 否, 如勾選是者, 請提供。 |                                                                                                                             |   |                |                                  |
| 承保項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                             |   | 每人保險金額(新台幣)    |                                  |
| 身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                             |   | 300 萬元         | <input type="checkbox"/> 詳被保險人名冊 |
| 傷害醫療保險金                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 意外傷害事故醫療保險金 (實支實付)                                                                                                          |   | 3 萬元           |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 住院醫療保險金 (住院日額)                                                                                                              |   | 2,000 元        |                                  |
| <b>☑傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款</b><br>對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或為抑制、防止、鎮壓恐怖主義者之行為或與其有關之行動, 不論其是否有其他原因或事件同時或先後介入所致被保險人死亡或失能, 其給付額度依本附加條款約定辦理, 最高給付金額為新台幣 200 萬。                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                             |   |                |                                  |
| 以受監護宣告尚未撤銷者為被保險人, 其給付依保險法第一百零七條之一規定辦理。                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                             |   |                |                                  |
| 其他約定事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 志工執行勤務期間                                                                                                                    |   | 總保險費<br>(新台幣元) |                                  |
| 保險費<br>繳納方式                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 |   |                |                                  |

下列欄位由保險公司填寫

|        |      |    |    |         |       |         |  |          |
|--------|------|----|----|---------|-------|---------|--|----------|
| 兆豐產險欄位 | 主管核定 | 核保 | 經辦 | 業務員簽名   | 保經代欄位 | 業務員簽名   |  | 保代/保經簽署章 |
|        |      |    |    | 業務員登錄字號 |       | 業務員登錄字號 |  |          |
|        |      |    |    | 保經代代號   |       | 營業單位名稱  |  |          |
|        |      |    |    | 代號      |       | 營業單位代號  |  |          |

兆豐產物保險股份有限公司

志工意外團體傷害保險計畫書(專案代號:EZ、FG)

要保人(要保單位): 兆豐社會福利機構

保單生效日為 110 年 1 月 1 日 00 時起 ☐ 一個月 ☐ 三個月 ☐ 六個月 ☒ 一年期 (請勾選)

幣別: 新台幣

樣張

| 承保項目                     | 保險計畫別                   | 專案: EZ                      |                                        | 專案: FG                     |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------------|
|                          |                         | <input type="checkbox"/> A1 | <input checked="" type="checkbox"/> A2 | <input type="checkbox"/> B |
|                          |                         | 1-3 類                       |                                        | 4-6 類                      |
| 志工意外團體傷害保險<br>(執行勤務期間適用) | 身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金     | 100 萬                       | 300 萬                                  | 300 萬                      |
|                          | 傷害醫療保險給付附加條款<br>--實支實付型 | 3 萬                         | 3 萬                                    | 3 萬                        |
|                          | 傷害醫療保險給付附加條款<br>--住院日額型 | 1000 元                      | 2000 元                                 | 2000 元                     |
|                          | 年繳保險費/每人                | 23                          | 53                                     | 88                         |
|                          | (一個月) 保險費/每人            | 3                           | 8                                      | 13                         |
|                          | (三個月) 保險費/每人            | 8                           | 19                                     | 31                         |
|                          | (六個月) 保險費/每人            | 15                          | 34                                     | 57                         |

- 備註:
1. 請併同本計畫書及要保文件一併連件。
  2. 請確實勾選加保期間及承保計畫。



要保單位章

要保日期:

中華民國 109 年 12 月 21 日