



旺旺友聯產物保險公司  
Union Insurance Company

有心·用心·道德心

# 志工團體意外團體保險 臺灣銀行共同供應契約 (契約案號：LP5-101109)

旺旺友聯產物保險股份有限公司



緣 自信 大團結



# 大綱

- 保障內容介紹
- 辦理投保流程
- 辦理加保/退保流程
- 理賠申請流程
- 旺旺友聯服務窗口
- Q&A





# 1. 保障內容介紹：

## ◎第2組-普通傷害保險(全日24小時)

第一項：職業類別一、二、三類

保障內容	給付項目	保險金額
傷害保險	殘廢或死亡	新臺幣100萬元
傷害醫療	門診實支實付	新臺幣 3萬元
	傷害住院病房給付 (每次事故90天)	每日新臺幣1000元
附 記	一、殘廢部分按殘廢程度與保險金給付表。(11級75項) 二、傷害醫療住院病房每次事故最高給付90天。	





## ◎保險費

- 契約保險費：**每人每年NT\$292元**
- 職業類別限1-3類，保費皆相同，以一年期為保費計算標的；惟未滿一年期者，依金融監督管理委員會之年繳短期費率表換算投保保費(如下表)





## ◎保險費&短期費率表

保險期間	1年 (12個月)	6個月	3個月	1個月
對年繳保費比	100%	65%	35%	15%
保險費 (新台幣)	292	190	103	44

期間	12個月	11個月	10個月	9個月	8個月	7個月	6個月	5個月	4個月	3個月	2個月	1個月	1日
比例	100%	95%	90%	85%	80%	75%	65%	55%	45%	35%	25%	15%	5%



## ◎投保對象

係指於投保本契約之各機關、學校領有志願服務手冊之領冊志工，並記載於要保單位要保時所檢附之被保險人名冊內者。

## ◎保障範圍

被保險人於本契約有效期間內(如於本契約生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起)，因遭受意外傷害事故，以致身故、殘廢、需要門診或住院治療者，本公司依照本契約的約定給付保險金。

前項所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外來突發事故。

PS. 保障範圍包含『非執行職務及執行職務』  
全日24小時的保障



# 1. 保障內容介紹：

## ◎身故、殘廢保險金的給付：

被保險人於本契約有效期間內遭受意外傷害事故致成死亡者，本公司按該被保險人保險金額給付身故保險金。

被保險人於本契約有效期間內遭受意外傷害事故致成殘廢等級表所列殘廢程度之一者，本公司給付殘廢保險金，其金額按該表所列之給付比例計算。

被保險人因同一意外傷害事故致成殘廢後身故，並符合本契約申領條件時，本公司之給付總金額合計最高以保險金額為限。



# 傷害醫療保險給付

## ✓ 甲型-意外門診醫療保險金

被保險人於本契約有效期間內遭受本契約所約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內，經登記合格的醫院或診所治療者，本公司就其實際醫療費用，超過全民健康保險給付部分或不屬全民健康保險給付範圍之費用，給付「意外門診醫療保險金」。但超過一百八十日繼續治療者，受益人若能證明被保險人之治療與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。





# 傷害醫療保險給付

## ✓ 乙型-傷害住院醫療保險金

被保險人於本契約有效期間內遭受本契約所約定的意外傷害事故，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，給付保險單所載的「**傷害住院醫療保險金**」。但超過一百八十日繼續治療者，受益人若能證明被保險人之治療與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。

倘被保險人不以全民健康保險之保險對象身分治療、被保險人之醫療費用不屬全民健康保險給付範圍或被保險人前往不具有全民健康保險之醫院或診所治療者，致該項醫療費用無法獲得全民健康保險給付，本公司依被保險人實際支付之該項醫療費用之**65%**給付，但最高給付金額仍受前項之限制。



## 合約期間

本案預定合約期限二年

自**103年11月6日**起至**105年11月6日**止

出單方式採**一年一約**，可續保**一年**



## 2. 投保流程

### 1. 聯絡旺旺友聯服窗口

請參考服務窗口連繫表，或進入旺旺友聯產物保險公司官網：[www.wwunion.com](http://www.wwunion.com)

服務人員：

### 2. 填寫要保書資料

詳實填寫要保書及投保名冊或加蓋要保單印章，填寫文件可向旺旺友聯服務窗口或旺旺友聯官網下載。

須提供資料：

1. 要保書
2. 志工投保資料（名冊）

### 3. 保險公司審核

要保文件倘要不清楚或不足之處，保險公司會主動連絡要保單位補足。  
要保單位應於期限內補足資料，以避免糾紛。

### 4. 出具保險單及收據

文件齊全後保險公司將簽發保單及收據。

台中分公司

銀行名稱：

銀行代號：

戶名：

帳號：

### 5. 要保單位繳交保險費

要保單位收訖保單及收後應儘速繳交保險費。繳費方式採電匯，請向旺旺友聯服務窗口人員索取帳號。



# 旺旺友聯產物保險公司

## Union Insurance

有心·用心·道德心



旺旺友聯產物保險股份有限公司  
Union Insurance Co., Ltd.

台北市忠孝東路4段219號12F TEL: (02)2776-6667 FAX: (02)2741-6403  
有關本公司公開資訊，請見本公司網址: [www.unionins.com](http://www.unionins.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 (各鄉鎮市區機關、學校志工適用)

1. 本團體經本公司合格簽署人檢核其內容業已符合一般核保原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者間平等對待原則，簽署者仍應依相關保險條款與相關文件，審慎選擇保險項目，並悉知如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及簽署人依法負責。
2. 投保團體如位不連續團體可但不須消費，請將連年消費之保險費。
3. 保險契約各項權利義務詳列於保險條款，簽署者務必詳細閱讀了解。
4. 如蒙多寄其他相關資訊，可逕向本公司總經銷或出險經人員洽詢。

103.11.12(103)旺總精算字第 1863 號函備查

保單號碼	12	字第	號
要保單位			統一編號
地址			
負責人	承辦人	公司電話	
被保險人	如附件被保險人名冊，共 人		公司傳真
受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <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)		
保險期間	自民國	年	月
	日	起至民國	年
		月	日
		時止	

險種名稱	保險金額 (NT\$)
每一個人意外身故及殘廢保險金(滿 15 足歲以上)	萬元
每一個人意外身故及殘廢保險金(未滿 15 足歲)	萬元
每一個人傷害醫療保險金(甲型-意外門診醫療)	萬元
每一個人傷害醫療保險金(乙型-日額型)/90 日	元
保險費 (NT\$)	
總保險費: NTS	元

**聲明事項:** (聲明事項應由要保人及被保險人親自簽署並蓋章或簽章)  
 1. 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)搜集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及就醫個人資料。  
 2. 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給委、康險公會設立電腦系統連線，並同意委、康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。但該公司仍應依其本身之核保或理賠辦法決定是否承保或理賠，不得僅以相關資料作為承保或理賠之依據。  
 3. 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。  
 4. 本人(被保險人、要保人)已知悉並明確同意支付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，應將保險金給付時須將醫療費用收據正本，但有被保險人已投保旺旺友聯產險公司二項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。在保險公司仍承保者，旺旺友聯產險公司對同一保險事件仍應依各該保險條款約定負給付責任，如有重複投保者未通知旺旺友聯產險公司者，得舉旺旺友聯產險公司對同一保險事件中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付之部分不負給付責任。

- 重要事項:**
1. 本人已知悉並明確「傷害保險合同主行為保險單給付時可保費」條款之內容與約定。
  2. 本團體及旺旺友聯產物團體傷害保險合同知悉內所陳述事項均屬事實，如有故意隱瞞、虛偽或虛不實說明，足以變更或減少旺旺友聯產物保險公司對於危險之估計者，旺旺友聯產物保險公司得依保險法第 64 條規定解除本保險契約。
  3. 要保書於填寫後應密封，對於保單條款標準條款等，日後通知及個人資料保護法說明之資料應收妥並備置。

經紀人/代理人簽章： \_\_\_\_\_ 要保單位蓋章： \_\_\_\_\_

申請日期：中華民國 年 月 日

旺旺友聯產物填寫欄				招攬人員名簿、代號			
姓名	職別	電話	代號	姓名	職別	電話	代號

# 要保書 要約時所 填寫資料



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	身分證字號	工作性質	類別	保 險 金 額			受 益 人		被保險人簽名 【本人已簽閱本保書 聲明事項(註)】	
						計劃別	身故死亡	門診醫療 <small>(含本人申請本保團體保險給付時，應檢具醫療費收據及本人及不在保者費用相關文件以資證明)</small>	醫療日額	姓名		關係
1							萬	元	元			
2							萬	元	元			
3							萬	元	元			
4							萬	元	元			
5							萬	元	元			
6							萬	元	元			
7							萬	元	元			
8							萬	元	元			
9							萬	元	元			
10							萬	元	元			
11							萬	元	元			
12							萬	元	元			
13							萬	元	元			
14							萬	元	元			
15							萬	元	元			

保費合計：\_\_\_\_\_元 (合計人數：\_\_\_\_\_人)

要保單位負責人蓋章

註：

- 1.本人(被保險人)已審閱旺旺友聯產物團體傷害保險保書(如附件)，並同意要保單位依該保書所載內容投保本團體傷害保險。
- 2.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。
- 3.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。

名冊  
要約時所  
填寫被保  
險人資料  
，要保單  
位可自行  
提供電子  
檔或其他  
書面資料



旺旺友聯  
Union Insu



旺旺友聯產物保險股份有限公司  
Union Insurance Co., Ltd.

台北市忠孝東路4段219號12F TEL: (02)2776-5567 FAX: (02)2741-5403  
有關本公司公開資訊, 請見本公司網址: [www.wuuunion.com](http://www.wuuunion.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  
(各鄉鎮市區機關、學校志工適用)

範例

※1.本商品經本公司合格簽署人員檢核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公平對待原則, 消費者仍應詳加閱讀保險條款與相關文件, 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險條款, 消費者務必詳加閱讀了解。  
4.如欲參考其他相關商品資訊, 可逕向本公司網站或洽服務人員查詢。

103.11.12(103)旺總精算字第 1863 號函備查

保單號碼	12 字第	要保單位欄為開立收據抬頭之名稱	
要保單位	臺北市政府社會局	統一編號	12345678
地址	110 台北市信義區市府路 1 號		
負責人	郝麗潔	承辦人	○○
被保險人	如附件被保險人名冊, 共 6 人		公司電話
受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <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)		
保險期間	自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止		

險種名稱	保險金額 (NT\$)
每一個人意外身故及殘廢保險金(滿 15 足歲以上)	100 萬元
每一個人殘廢保險金(未滿 15 足歲)	100 萬元
每一個人傷害醫療保險金(甲型-意外門診醫療)	3 萬元
每一個人傷害醫療保險金(乙型-日額型)/90 日	1000 元
保險費 (NT\$)	一年保費 NT\$292 元/每人
總保險費: NT\$ 1,752 元	

聲明事項: (聲明事項應由要保人及被保險人親自確認簽署或蓋章)

- 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、醫療及兩層個人資料。
- 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, 不得僅以該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)已知悉並同意支付醫療醫療保險或實支實付醫療保險之受益人, 申請保險金時須檢附醫療費用收據正本, 但若被保險人已投保旺旺友聯產險公司二項以上之商業實支實付醫療醫療保險或實支實付醫療保險; 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醫療醫療保險或實支實付醫療保險, 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:

- 本人已知悉並同意「傷害保險態性主行為保險關係給付附加條款」條款之內容與約定。
- 本要保書及旺旺友聯產物團體傷害保險健康告知書內所陳述事項均屬事實, 如有故意隱匿、遺失遺漏或不實說明, 足以變更或減少旺旺友聯產物保險公司對於危險之估計者, 旺旺友聯產物保險公司得依保險法第 64 條規定解除本保險契約。

3.要保書均填寫要保書時, 對於保單號碼及本要保書、投保通知及個人資料保護法說明之資料應依序蓋章。

經紀人/代理人簽署章:

要保單位蓋章:

政府  
臺  
北  
市  
印

加蓋  
要保單位章確認  
或要保單位所屬  
單位章。

要保書  
填寫範例

用心·道德心



旺旺友聯產物保險股份有限公司  
Union Insurance Co., Ltd.

台北市忠孝東路4段219號12F TEL: (02)2776-5567 FAX: (02)2741-5403  
有關本公司公開資訊, 請見本公司網址: [www.wuxunion.com](http://www.wuxunion.com) 免費中文電話: 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

要保  
填寫

編號	被保險人姓名	出生年月日	身分證字號	工作性質	類別	保 險 金 額			受 益 人		被保險人簽名 【本人已審閱要保書 聲明事項(註)】
						計劃別	身故死殘	門診醫療 <small>(含急診、門診、手術、檢驗、藥物、牙科、產科、物理治療、復健、正骨及本保險契約所屬文件以應辦理)</small>	醫療日額	姓名	
1	唐三藏	580808	A123412341	志工		100萬	3萬元	1000元	法定繼承人		
2	孫悟空	470707	B123412341	志工		100萬	3萬元	1000元	法定繼承人		
3	沙悟淨	660606	C123412341	志工		100萬	3萬元	1000元	法定繼承人		被保險人簽名
4	王小明	720202	D123412341	志工		100萬	3萬元	1000元	法定繼承人		
5	李大同	510101	E123412341	志工		100萬	3萬元	1000元	法定繼承人		
6	葉大雄	390909	F123412341	志工		100萬	3萬元	1000元	法定繼承人		
7						萬	元	元			
8						萬	元	元			
9						萬	元	元			
10						萬	元	元			
11						萬	元	元			
12						萬	元	元			
13						萬	元	元			
14						萬	元	元			
15						萬	元	元			

保費合計: 1,752 元 (合計人數: 6 人)

加蓋  
要保單位章確認

政 府  
臺 北



## 3. 加保 / 退保流程

### 1. 聯絡旺旺友聯服務窗口

請參考服務窗口連繫表，或進入旺旺友聯產物保險公司官網：[www.wwunion.com](http://www.wwunion.com)

服務人員：

### 2. 填寫變更申請書資料

詳實填寫改更申請書及蓋要保單印章，填寫文件可向旺旺友聯服務窗口或旺旺友聯官網下載。

須提供資料：  
1. 批改申請書

### 3. 保險公司審核

申請文件倘要不清楚或不足之處，保險公司會主動連絡要保單位補足。  
要保單位應於期限內補足資料，以避免糾紛。

### 4. 出具保險單及收據

文件齊全後保險公司將簽發批改證明書，若為加收保費另開立收據。

台中分公司  
銀行名稱：  
銀行代號：  
戶名：  
帳號：

### 5. 要保單位繳交保險費

要保單位收訖保單及收後應儘速繳交保險費。繳費方式採電匯，請向旺旺友聯服務窗口人員索取帳號。





傷害險&健康險 批改申請書

批改申請書

加退保時所填寫之申請書

要 保 人	保 單 號 碼
被 保 險 人	批 單 號 碼
保 險 期 間 民國 年 月 日 午 夜 時 起 至 民國 年 月 日 午 夜 時 止	

下列批改事項自 年 月 日 午 夜 12 時起生效：

申請批改事項

地址變更：

職業變更：任職機構及詳細工作內容 \_\_\_\_\_

要保人/被保險人姓名變更：(請檢附身分證明文件) \_\_\_\_\_

受益人變更：(請填寫姓名、關係、比例或職位) \_\_\_\_\_

註銷、 退保 (申請註銷或退保，請檢附：保單、收據或填寫遺失切結書)

補發 (請填寫遺失切結書)

其他：

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

加 保 效 日	被 保 險 人 簽 名	出 生 日 期	身 分 證 字 號	工 作 性 質 (含 兼 業)	傷 害 險 保 額	傷 害 醫 療 (請 自 行 填 入 或 勾 選)			身 故 受 益 人 姓 名 / 關 係
						實 支 實 付	日 額	附 約 一 二	
					萬	萬	元		
					萬	萬	元		
					萬	萬	元		
					萬	萬	元		
					萬	萬	元		

【團體件】加保、退保申請

退 保 日 期	被 保 險 人 簽 名	身 分 證 字 號	退 保 日 期	被 保 險 人 簽 名	身 分 證 字 號	退 保 日 期	被 保 險 人 簽 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。惟生效時間得視該筆本公司接受保單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(要保人/被保險人)同意提供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，有查詢、處理及利用之權利。

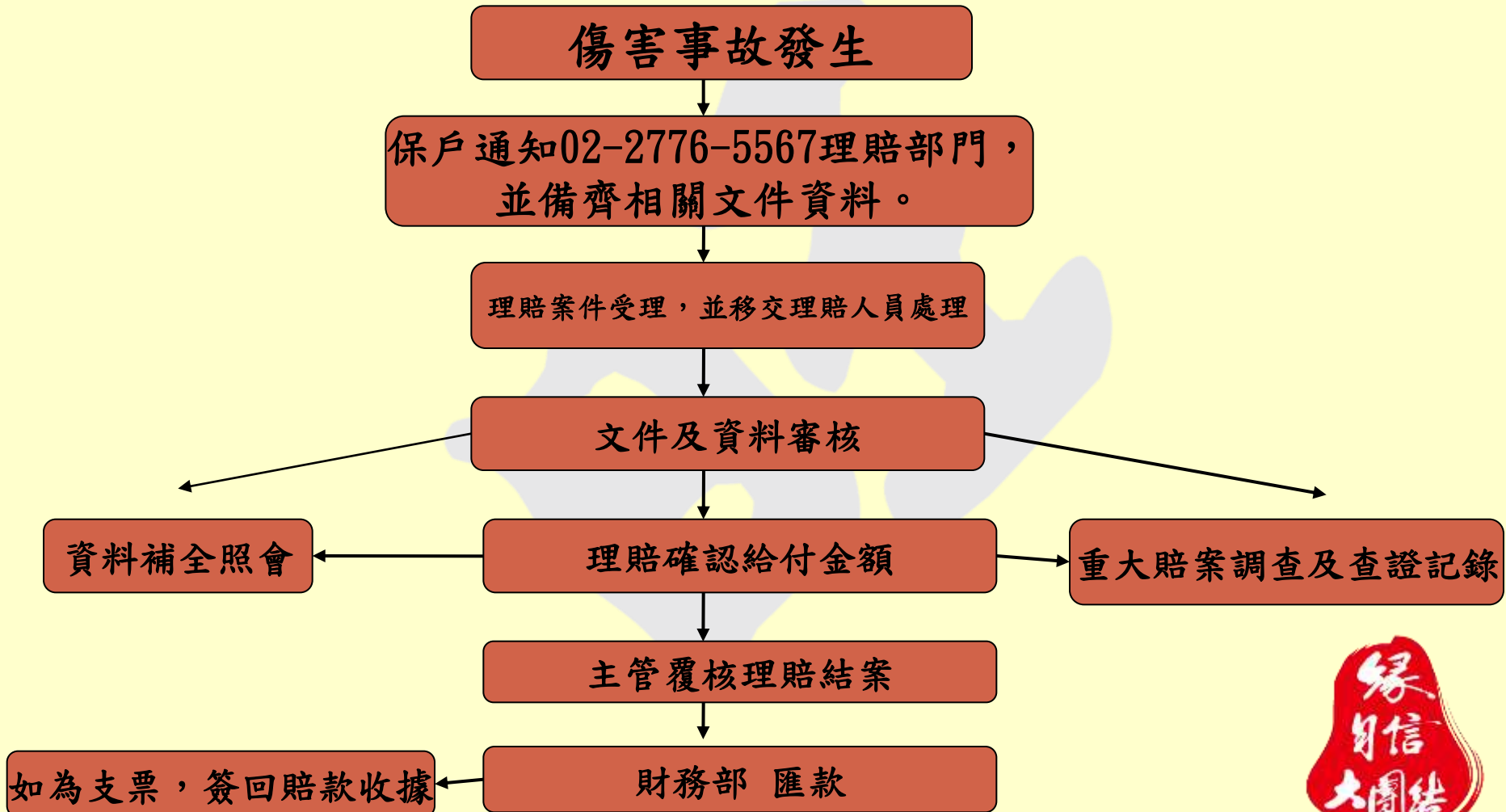
【申請人】

要保人/被保險人/法定代理人簽章：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

(公司行號請蓋大小章) 地址：\_\_\_\_\_



# 4. 傷害險理賠程序





# 保險理賠應備文件：

被保險人提供下列資料	身故保險金	殘廢保險金	實支實付 醫療保險金	日額型保險金
1. 理賠申請書	✓	✓	✓	✓
2. 死亡證明書/相驗屍體證明書	✓			
3. 除戶戶籍謄本	✓			
4. 受益人身份證明	✓	✓	✓	✓
5. 殘廢診斷證明書		✓		
6. 醫療診斷證明書正本			✓	✓
7. 醫療費用收據及明細			✓	
8. 意外事故證明文件	✓	✓	✓	✓
9. 病歷調閱同意書		✓	✓	✓
10. X光片		✓ (肢體斷離)		✓ (骨折件)

※表格中所列文件為一般所需之文件若有特殊個案仍應提供本公司所要求之資料



# 理賠申請書

理賠時須填寫之文字



台北市忠孝東路四段 219 號 12 樓

電話: 02-2776-5567 傳真: 02-2773-3509

## 健康及傷害保險理賠申請書暨同意書

要保人或受益人應於知悉本公司應負保險責任之事故後十日內通知本公司，

並於通知後儘速檢具所需文件向本公司申請給付保險金。

通知日期： 年 月 日

保單號碼	保險期間		年 月 日至 年 月 日	
要保人	事故人現址	電話		
事故人	身分證字號	出險地點		
申請理賠項目： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 殘廢 <input type="checkbox"/> 住院日額 <input type="checkbox"/> 意外醫療 <input type="checkbox"/> 健康險				
意外		疾病(限投保健康險)		
事故發生時間： 年 月 日 午 時 分		診斷病名：		
事故經過及原因：		就診醫院：		
憲警處理單位： 分局 派出所		住院期間：		
警員姓名： 電話：				
理賠金給付方式： <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 匯款： 銀行 分行 帳號				
戶名 (請附存摺影本)				
檢附文件：(請打✓)				
<input type="checkbox"/> 死亡證明書	<input type="checkbox"/> 醫師診斷證明書	<input type="checkbox"/> 醫療費用收據(正本)	<input type="checkbox"/> X光片	<input type="checkbox"/> 保險單
<input type="checkbox"/> 意外事故證明文件	<input type="checkbox"/> 相驗屍體證明書	<input type="checkbox"/> 除戶戶籍謄本	<input type="checkbox"/> 印鑑證明	<input type="checkbox"/> 存摺影本

※請填寫行動電話以利結案簡訊通知

## 聲 明 暨 同 意 書

- 茲特聲明本申請書所填各項均為余所知之真實情形，否則自願放棄本保單之一切權利。
- 本人同意旺旺友聯產物保險股份有限公司於理賠目的及法令許可範圍內，蒐集、電腦處理及利用本人之個人資料，並將前開資料轉送中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險犯罪防制中心及財團法人保險事業發展中心建立電腦連線資料。
- 本人同意旺旺友聯產物保險股份有限公司調閱、抄錄、影印、詢問 本人 配偶 子女 家屬(姓名： 出生年月日： / / 身分證字號： )所有在醫療院所、健保局、檢驗所、地檢署、警察局、派出所、消防、救護、產毒險公會、保險公司等相關單位之病歷及資料，並聲明本同意書影本與正本具同等效力，特此同意書為憑。

事故人/受益人/立同意書人簽章：  身分證字號： \_\_\_\_\_

法定代理人 簽章：  身分證字號： \_\_\_\_\_

(事故人或受益人為未成年人或受監護宣告人時，須請法定代理人簽章)

中 華 民 國 年 月 日





## 5. 旺旺友聯各區聯絡窗口

分支機構	服務窗口	電話	地址
總公司	陳堯育 何至涵	(02) 2776-5567 分機817、814	106台北市忠孝東路4段219號12樓
永安分公司	姚瑜潔	(02) 2556-1128 分機209	103台北市承德路1段70號13樓
台北分公司	邱震洋	(02) 2257-6455 分機155	220新北市板橋區文化路2段453號9樓
桃園分公司	呂竣鴻	(03) 301-9211 分機122	303桃園市大興西路2段6號2樓
中壢分公司	胡榮青	(03) 493-9903 分機203	320桃園縣中壢市新明路7號8樓
新竹分公司	梁慧芝	(03) 589-1981 分機219	300新竹市東區東光路55號3樓之2
台中分公司	陳建安	(04) 2314-1666 分機306	407台中市西屯區文心路3段230號4樓
豐原分公司	劉思吟	(04) 2522-6102 分機212	420台中市豐原區圓環西路23號7樓
彰化分公司	楊雅婷	(04) 763-2355 分機223	500彰化市中山區1段401號7樓
南投分公司	吳榮輝	(049) 231-0598 分機302	542南投縣草屯鎮和興街94號4樓之1
嘉雲分公司	張嘉財	(05) 221-0099 分機295	621嘉義縣民雄鄉建國路3段121號3樓
台南分公司	張傑雄	(06) 226-0603 分機752	700台南市中西區南門路75號6樓
永康分公司	張敬賓	(06) 303-5533 分機311	710台南市永康區中華路425號17樓之1
玉山分公司	林啟敏	(07) 330-1716 分機215	802高雄市苓雅區四維四路3號6樓
岡山分公司	歐聖賢	(07) 624-6288 分機24	820高雄市岡山區壽華路155號
屏東分公司	陳紀斐	(08) 733-3579 分機219	900屏東市公園路19號之4
蘭陽分公司	李懿珈	(08) 733-3579 分機224	268宜蘭縣五結鄉中正路3段184、190號3樓



旺旺友聯產物保險公司

Union Insurance Company

有心·用心·道德心

Q&A

品名





旺旺友聯產物保險公司  
Union Insurance Company

有心·用心·道德心

有任何問題請洽與各服務窗口  
人員或  
旺旺友聯產物保險公司官網

相關資訊請參考旺旺友聯產物保險公司官網

<https://www.wwunion.com>

各縣市區機關、學校志工團體專區。