

永豐菁英傷害險專案

豐富保障 成就勝利人生



保障內容完整豐富，高額保障即刻擁有！

500萬保額

一般意外事故

2000萬保障

大眾運輸工具事故

3000元日額

傷害住院病床



旺旺集團
旺旺友聯產物保險公司
Union Insurance Company

台北市忠孝東路四段219號12樓
24H服務專線：0800-024-024
<http://www.wunion.com/>

專案代號：0001-10907

專案商品內容

保險內容	型別選擇/保險金額	菁英A	菁英B
1. 傷害身故保險金(滿15歲以上)		300萬元	500萬元
2. 重大燒燙傷保險金		5~100萬元	5~100萬元
3. 大眾運輸工具意外身故失能保險金		1,700萬元	1,500萬元
4. 火災意外身故失能保險金		300萬元	500萬元
5. 地震意外身故失能保險金		300萬元	500萬元
6. 電梯意外身故失能保險金		300萬元	500萬元
7. 傷害醫療保險給付(實支實付)		5萬元	10萬元
8. 傷害醫療保險給付(日額型)最高90天 (含骨折未住院最高9萬元)		3,000元/日	3,000元/日
9. 傷害住院加護病床保險金/最高7天		5,000元/日	5,000元/日
年繳保險費(1-3類)		3,482元	4,893元

專案特色

(以菁英B為例)

一般意外身故或失能

發生意外事故最高給付

500萬元



特定意外事故保障

搭乘大眾運輸工具意外身故失能最高

2000萬元



傷害住院日額

住院每日

3000元



傷害醫療

實支實付最高

10萬元



投保須知

※有關職業類別相關問題請致電服務人員，諮詢專線：0800-024-024。若職業變更時，請務必通知旺旺友聯產物保險股份有限公司(以下稱旺旺友聯)。

1. 職業類別限1-3類。退休人員、學生、家庭主婦、長期駐外人員限投保菁英A。
2. 不保對象：被保險人如因求學、工作、經商之需要，須定居或經常出入戰亂地區、未開發國家或流行病疫區者；外籍新娘、外籍勞工、無業者或無固定職業者(待業、失業、臨時工、打零工等)；碰觸高壓電之水電工、建築業之泥水工、模板工、綁鐵工、石棉瓦或浪板安裝工人、雜工、清潔工；拖板車、聯結車、曳引車之司機及隨車人員；刑警、情治調查人員及金融機構現金運送之警衛保全人員；空中吊掛作業人員及高樓外牆施工作業人員，不予承保。

※投保年齡限制：

1. 被保險人投保年齡須年滿15足歲至70足歲為限。
2. 被保險人未滿20足歲(未成年者)，須父母或法定代理人為要保人。

※每一被保險人於旺旺友聯投保之所有意外傷害(附加)保險之累計限額為2000萬元(含特定事故或加倍後之保額)，若有超過此累計限額者，旺旺友聯不予承保。

※相關年齡、保額及職業等級規定，依旺旺友聯核保準則辦理。本簡介之內容僅供參考，詳細承保內容詳見保單條款。

投保流程

填寫投保基本資料、選擇投保方案
並完成填寫繳費方式及簽章

業務員至【產險業務管理】平台建檔
、掃描(附加)要保文件

要保文件正本及繳費憑證寄送
至永豐銀行保險代理部(5日內)

旺旺友聯產險核保完成後保單於
3-5個工作天內寄出

諮詢專線：0800-024-024

注意事項

1. 消費者於投保前，應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。
2. 「永豐菁英」專案（以下稱本專案）係由永豐商業銀行(股)公司（以下稱永豐銀行）及旺旺友聯產物保險（股）公司（以下稱旺旺友聯產物）共同規劃，旺旺友聯產物提供保險商品及承保，由永豐銀行及永豐金控所屬子公司(證券)具保險業務員資格之同仁招攬、推介並提供相關業務代收付。本專案內容、費率、保險給付（相關條件、年齡、金額等資格）與其他未盡事宜以保單條款為準。
3. 本專案商品之各項權利義務皆詳列於保單條款，保障內容以保單為主，消費者於購買前應詳閱相關銷售文件內容，審慎選擇保險商品，如欲詳細瞭解本專案之相關費用或其他資訊，請洽旺旺友聯產物客戶服務中心（免費服務/申訴專線0800-024-024），或於公司網站（<http://www.wunion.com>）瀏覽，以保障您的權益。永豐銀行僅代理銷售；永豐金控所屬子公司(證券)僅代收及代轉保險相關文件，惟最終相關保險契約責任均由旺旺友聯產物負擔。
4. 旺旺友聯產物保有承保及續保與否之權利。
5. 本專案非銀行存款，不受「存款保險」之保障。
6. 本保險商品為**非保證續保**之傷害保險。
7. 因投保本商品所生之糾紛，未於30日內為適當處理或不為處理者，消費者在收受處理結果或期限屆滿之日起60日內，可向財團法人金融消費評議中心申請評議。
8. 基於個人資料保護法之規定，消費者可以撥打本公司服務專線，請求本公司答覆查詢、提供閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或删除其個人資料。

給項目 意外身故保險金或喪葬費用保險金、意外失能保險金、傷害醫療保險金實支實付型、傷害醫療保險金日額型、加護病房保險金、大眾運輸工具意外身故及失能保險金、地震天災意外身故及失能保險金、火災意外身故及失能保險金、電梯意外身故及失能保險金、重大燒燙傷保險金、自動續約。

核字准號 103.08.01(103)旺總精算字第0653、0655、0656、0658號函備查；107.11.30(107)旺總精算字第1248號函備查；108.08.01(108)旺總精算字第0943號函備查；108.12.31依據108.04.09金管保壽字第10804904941號函逕修；108.12.31依據108.06.21金管保壽字第10804920500號函逕修；109.01.31(109)旺總精算字第0026號函備查。

※消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率(預定附加費用率)最高39%，最低38%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話：0800-024-024)或網站(網址：www.wunion.com)，以保障您的權益。
※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。
※本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷其傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。
※本保險商品有受財產保險安定基金之保障。



旺旺友聯產物個人傷害保險要保書

(不保事項)

※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。※本商品受保險安定基金之保障。

107.11.30 (107) 旺總精算字第 1255 號函送保險商品資料庫

保單號碼	字第	號	保險期間	自民國	年	月	日 24 時起	至民國	年	月	日 24 時止	
要保人	姓名	身分證字號	性別	出生日期	民國	年	月	日				
	聯絡電話	行動電話：(宅)	(公)	分機								
	聯絡地址							與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他			
電子保單 (同意請勾選)	<input type="checkbox"/> 本人同意使用電子保單，改以電子郵件方式核發電子保單，旺旺友聯產物保險公司不另寄發實體保單。 ※若同意使用電子保單，以下欄位必填 (E-Mail 請正確填寫，若有“0”“1”時，請註明“數字”或“英文字母”) 繳費方式 年繳						電子信箱	行動電話	保險費	元		
被保險人	姓名	身分證字號	性別	出生日期	民國	年	月	日				
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同要保人						聯絡電話				
	任職機構	職稱	工作內容	兼職	繳費方式	年繳						
	※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？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※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"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，如勾選是者，請提供。 ※被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，如勾選是者，請提供相關文件。											
身故受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 (其順位及保險金比例適用民法繼承篇相關規定) 或 <input type="checkbox"/> 指定受益人 ※分配方式： <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 (請註明順序)											
	姓名	身分證字號	與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他								
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同要保人						聯絡電話				

請擇一勾選投保系列及計劃		<input type="checkbox"/> 菁英 A	<input type="checkbox"/> 菁英 B	
1. 一般意外身故、失能保險金		300 萬元	500 萬元	
2. 重大燒燙傷保險金		100 萬元	100 萬元	
3. 傷害醫療保險給付 (實支實付型)		5 萬元	10 萬元	
4. 傷害醫療保險給付 (日額型) / 最高 90 天 (含骨折未住院)		3,000 元/日	3,000 元/日	
5. 加護病房保險金/最高 7 天		5,000 元/日	5,000 元/日	
特定事故最高給付限額	6. 大眾運輸意外事故保險金	1,700 萬元	1,500 萬元	
	7. 電梯意外事故保險金	300 萬元	500 萬元	
	8. 火災意外事故保險金	300 萬元	500 萬元	
	9. 地震意外事故保險金	300 萬元	500 萬元	
年繳保險費	職業類別	1-3 類	3,482 元	4,893 元

【(要(被)保險人聲明事項)】

【注意事項】

一. 本人 (被保險人) 同意旺旺友聯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) 同意旺旺友聯產物保險公司得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，不得以前開資料作為承保或理賠之依據。
三. 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。
四. 本人 (被保險人、要保人) 同意旺旺友聯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。
五. 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物保險公司一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，而旺旺友聯產物保險公司仍承保者，旺旺友聯產物保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物保險公司者，同意旺旺友聯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身保險契約給付的部份不負給付責任。

1. 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，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。
2. 本人已知悉並明瞭「旺旺友聯產物傷害保險恐嚇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。
3. 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。
4. 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(被)保險人告知事項)】 (以下欄位請由要保人及被保險人親自表示告知)

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"/>	※告知事項答「是」者，請詳細說明原因、病名、醫院名稱、診治經過及時間、治療結果及有無復發、目前狀況，說明：
2	目前身體機能是否有下列障害？(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 O、三以下。(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、吞嚥或言語機能等障害。(7) 四肢 (含手、指、足趾) 缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※. 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，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。

【自動續約附加條款同意事項】

要保人茲約定旺旺友聯產險公司自動續約附加條款，由旺旺友聯產險公司依本附加條款之約定，對上列投保項目逐年辦理自動續約。 同意 不同意

要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (未滿 20 足歲者須加法定代理人簽名)

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	業務員電話
			單位名稱/代號：		

瞭解要/被保險人之需求及適合度分析評估暨業務員報告書【人身保險】

要保人姓名：	被保險人姓名： <input type="checkbox"/>同要保人
國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國籍/註冊地)	國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國籍/註冊地)
職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 下列註一所列之職業	職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 下列註一所列之職業

註一：01 律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。02 軍火商、不動產經紀人。03 當舖業、融資從業人員。04 寶石及金屬交易商 05 藝術品/骨董交易商、拍賣公司。06 基金會、協會/寺廟、教會從業人員。07 博弈產業/公司。08 匯款公司、外幣兌換所。09 外交人員、大使館、辦事處。10 虛擬貨幣的發行者或交易商。

要/被保險人如為法人，請填寫下列欄位	
要保人客戶屬性： <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶 (定義詳註二)	被保險人客戶屬性： <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶 (定義詳註二)
註二：專業客戶：要保人或被保險人符合以下條件之一者： (1) 依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構：國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構；國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。 (2) 要保人或被保險人為法人，接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五千萬元以上。	
法人負責人姓名：	法人負責人姓名：
法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國(國家: _____)	法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國(國家: _____)

要保人與被保險人財務狀況 (新臺幣萬元為單位，以阿拉伯數字填寫)		
單位：新台幣	被保險人	要保人(與被保險人同一人無須填寫)
個人/家庭年收入(含其它收入)	_____/_____/_____萬元	_____/_____/_____萬元
個人/家庭資產(含動產與不動產)	_____/_____/_____萬元	_____/_____/_____萬元

請逐一確認下列項目並勾選		
1. 要/被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 僱傭 <input type="checkbox"/> 其他(請說明_____)		
2. 要保人與被保險人投保目的及需求(可複選)： <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 風險移轉 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他_____		
3. 招攬經過： <input type="checkbox"/> 招攬投保 <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 其他(請說明_____)		
4. 被保險人婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 獨居		
5. 身故受益人與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 法定繼承人(其順位及應得比例適用民法繼承編規定) <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬 <input type="checkbox"/> 其他_____		
6. 家中主要經濟來源： <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 要保人之配偶 <input type="checkbox"/> 要保人之父母 <input type="checkbox"/> 其他(請說明_____)		
7. 本次保費資金來源： <input type="checkbox"/> 工作收入或營業收入 <input type="checkbox"/> 儲蓄 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 定存解約 <input type="checkbox"/> 契約終止(解約) <input type="checkbox"/> 其他(請說明:_____)		
8. 過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上? 若是，請說明居住國家(地區)：_____	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
9. 要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或民意代表、公務機關首長)? 若是，請說明：_____	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
10. 要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序? 若是，請說明：_____	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
11. 要/被保險人是否投保(或正在投保)其他商業保險? 若是，請說明保險公司名稱_____	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
12. 投保前三個月內客戶是否有辦理終止保險契約、貸款或保險單借款	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
13. 要保書所載要保人及被保險人聯絡資訊，並非招攬業務員本人之住所/居所/聯絡地址/電話號碼/電子郵件信箱或所屬保險代理人、銀行、證券公司及其分支機構之營業處所地址，若勾選否，請說明原因：_____	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
14. 本人已瞭解要保人及被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可足資傳遞電子文件之聯絡方式(保險契約係以電子保單型式出單者適用)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

業務員聲明事項

※要保書之要、被保險人姓名、身分證字號、生日、職業及告知事項，確經本人當面向要、被保險人說明並核對相符，且由要、被保險人/法定代理人親自簽名。※本人向要、被保險人招攬時，已評估過要、被保險人收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額的相當性，要保人確已瞭解本次購買保險商品內容、繳納保險費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容，並作成本業務員報告書，以上特此聲明。

銷售單位：_____	業務員簽名：_____	簽署人簽章：_____
日期：_____年_____月_____日		

註三：本報告書之部分問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明

個人資料蒐集、處理及利用告知書(請將此頁提供客戶審閱或留存)

永豐商業銀行股份有限公司(以下簡稱本行)依保險法等相關法令規定,在經營現在已(或將來可能)獲主管機關核准營業項目範圍內之特定目的(包含但不限於行銷、保險代理、財稅行政、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用等),需蒐集、處理及利用您的個人資料(包括姓名、身分證統一編號、聯絡資料、健康檢查、醫療及個人病歷資料、投保、理賠、日後保單變更及其他各項保險相關文件上記載之個人資料);本行蒐集您的個人資料,只會在您與本行往來契約的前階段、契約存續期間、本行執行業務所必須、依法令規定應為保存之期間及經您同意之期間被處理或利用,並包括本行依法律或主管機關相關法規或命令所為之蒐集、處理與利用。

本行蒐集到您的個人資料,原則上僅會以電子檔、音軌或紙本形式供本行(含受本行委託處理事務之委外機構)、依法令規定利用之機構、其他業務相關之機構、依國內外法令之有權機關或金融監理機關或稅務機關、客戶所同意之對象處理及利用(包括但不限於永豐金證券股份有限公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國保險代理人商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心等)。若您需要更進一步了解您的個人資料之處理或利用的詳細情形,歡迎您隨時與本行聯繫。本行保有您的個人資料,基於個人資料保護法之規定,您可以行使下述的權利:(1)查詢或請求閱覽您的個人資料。(2)請求製給您的個人資料複製本。(3)請求補充或更正您的個人資料。(4)請求停止蒐集、處理或利用您的個人資料。(5)請求刪除您的個人資料。

行使上述相關權利時,可至本行各營業單位、客服專線(永豐銀行:0800-088-111、02-25059999詢問或於永豐銀行網站(網址:https://bank.sinopac.com)查詢。本行基於上述原因而需蒐集、處理或利用您的個人資料時,您可以自由選擇是否提供您的個人資料。若您选择不提供個人資料或是提供不完全時,基於保險代理相關業務及您與本行其他往來契約服務之執行所需,本行即有可能無法提供您完善的服務。

客戶申訴途徑:

於投保期間或保單生效後,若對於與本商品相關之服務有不滿意之處,本人或經其授權之人除得向提供本商品之保險公司提出申訴外,亦可向下列公司提出申訴:

(1)永豐銀行申訴連絡方式如下:消費爭議處理專線:(02)2505-9999 電子郵件地址:cchs@sinopac.com

(2)永豐金證券客戶申訴連絡方式如下:連絡電話:0800-038-123 電子郵件地址:service.sec@sinopac.com

現金繳款

戶名:旺旺友聯產物保險股份有限公司

快易收帳戶: 605 -

※被保險人若為自然人,後11碼為被保險人身分證字號,其中第一碼英文字母請對應下表轉成阿拉伯數字。

※被保險人若為公司行號,請填統編8碼並於後三碼補0。

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z

信用卡繳款

持卡人同意以信用卡支付保險費金額予旺旺友聯產物保險股份有限公司,並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。本項交易若未獲聯合信用卡處理中心核准,則本保險費簽帳單自動失效,旺旺友聯產物保險股份有限公司得重新收費。

信用卡種類: 聯合信用卡 VISA CARD MASTER CARD JCB CARD

信用卡卡號: _____-_____-_____

信用卡有效日期: 西元_____年_____月

持卡人簽名: _____(須與信用卡簽名一致)

持卡人身分證字號: _____ 持卡人電話: _____

與被保險人關係: _____ 保險費金額: _____