



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

總公司：台北市忠孝東路四段 219 號 12 樓 電話：(02)2776-5567 傳真：(02)2741-5403

有關本公司公開資訊，請見本公司網址：<http://www.wuunion.com> 免費申訴電話：0800-024-024

旺旺友聯產物樂齡個人傷害保險(限 65 歲以上適用)要保書

- ※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。
- ※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。
- ※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。
- ※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。

114.07.25 旺總精算字第 1140001537 號函備查

保單號碼	12 字第		號本單係	號續保	受理號碼		
保險期間 (必填欄位)	自民國 年 月 日 24 時起一年 (生效日期不可早於申請日期)						
要保人 (必填欄位)	姓 名	身 分 證 字 號		出 生 日 期		民國 年 月 日	
	性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國 籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍		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		
	聯絡電話	手機： (宅) (公)					
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 郵遞區號必填					
	保險單 寄送方式	<input type="checkbox"/> 同意保單型式為電子保單(請提供下方行動電話或電子信箱)；若無法寄送電子保單時，將改發紙本保單。					
	行動電話 (必填欄位)	電子信箱 (請正楷填寫)					
被保險人 (必填欄位)	<input type="checkbox"/> 同要保人 (可免填被保險人與要保人相同之欄位)						
	姓 名	身 分 證 字 號		出 生 日 期		民國 年 月 日	
	性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國 籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍				
	聯絡電話	手機： (宅) (公)					
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 郵遞區號必填					
	※被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)？如勾選“是”者，請提供相關文件。 <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)？如勾選“是”者，請提供文件。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
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 (請填寫下欄受益人資料，若受益人為二人以上時請填寫身故保險金給付方式，如未填寫視同均分；非配偶或直系血親者須提供相關文件)						
	※分配方式： <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 (請註明順序) <input type="checkbox"/> 比例 (請註明填寫)						
	序號	姓名	身分證字號	與被保險人關係	順位/比例填寫	聯絡電話	聯絡地址
	1						
	2						
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。							

【聲明事項】

- (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。

※要保書之聲明事項及告知事項應由要保人及被保險人親自確認後簽名或蓋章。

【告知事項】（以下欄位請由要保人及被保險人親自填寫及勾選☑表示告知）

※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。

被保險人之職業	任職機構	工作內容	職稱	兼職
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。				
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○、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。				
※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：				

【保障項目】		計畫別/保險金額(新臺幣元)		
請擇一勾選☑投保計畫別		☐ 計畫 A	☐ 計畫 B	☐ 計畫 C
意外身故及失能保險金		50 萬元	80 萬元	100 萬元
重大燒燙傷保險金 (依燒燙傷程度表比例給付)		100 萬元	100 萬元	100 萬元
特定事故最高限額保險金 (乙型)	大眾運輸意外身故及失能保險金	20 萬元	30 萬元	50 萬元
	颱風、洪水意外身故及失能保險金	20 萬元	30 萬元	50 萬元
	火災意外身故及失能保險金	20 萬元	30 萬元	50 萬元
	搭乘電梯意外身故及失能保險金	20 萬元	30 萬元	50 萬元
傷害住院療養金	最高 90 天	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日
燒燙傷病房保險金	最高 20 天	3,000 元/日	5,000 元/日	5,000 元/日
傷害醫療保險給付 (實支實付型) 需檢附醫療費用收據正本		5 仟元	1 萬元	1 萬元
食物中毒慰問金		500 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次
意外門診手術保險金		500 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次
年繳保險費 (新臺幣)	職業類別 1-4 類 (65-79 歲)	3,186 元	4,524 元	5,200 元
繳費方式：☐信用卡 ☐現金(匯款) ☐支票		繳別：年繳	合計保險費(新臺幣)：元	

※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。

續保及繳費約定附加條款同意書	本人(要保人)茲約定旺旺友聯產險公司續保及繳費約定附加條款，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續約(請勾選)，並於下方欄位簽名。	☐同意 (未勾選者視為不同意)
<p>※本人(要保人、被保險人)已確認告知事項及聲明事項內容，請於下方欄位簽名。</p> <p>※本人(要保人、被保險人)知悉保險商品之『要保書填寫說明』、『保單條款』、『投保人須知』均得於填寫要保書前至旺旺友聯產物保險公司官網查詢或洽客服諮詢；填寫要保書時，是否已於簽署前詳細審閱上開文件，且充分了解前述文件內容，並同意遵守之。(請勾選並於下方欄位簽名) ...☐是</p>		
要保人簽名：_____		被保險人簽名：_____
(必填欄位) 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、代公司簽章
核保	承辦人員(輸入)	經手人員編號	營業單位	招攬人員簽名	招攬人員登錄字號	招攬人員電話	

特別提醒事項聲明書

本人(即要保人及被保險人)茲聲明並確認已瞭解本次申請投保含實支實付型保險給付之商品(以下簡稱本商品)其保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註1)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，本公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

本人(即要保人及被保險人)聲明本次投保已詳閱本聲明書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所投保商品理賠原則。

此致 旺旺友聯產物保險股份有限公司

要保人簽章：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ (註2)

被保險人簽章：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ (註3)

業務員／保險經紀人（保險代理人）簽名：_____

註 1：同性質保險商品：係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如：數張實支實付型傷害醫療保險為同性質，但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

註 2：如要保人為未滿 7 歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如要保人為 7 歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

註 3：如被保險人為未滿 7 歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如被保險人為 7 歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

中 華 民 國 年 月 日

◎保險費信用卡授權書：以下欄位皆為必填欄位，請以正楷填寫

※同意自動續約者，按以下所填寫之信用卡資料扣繳首期暨續期之保險費。

立授權書人(信用卡持卡人，以下簡稱授權人)已詳閱授權書約定條款，同意於本授權書生效後，授權旺旺友聯產物保險股份有限公司按期請款繳交指定保單之應繳保險費。若有效期間因重新發卡而有變動或其他因素須變動時，請通知旺旺友聯以利續期保險費之收取。

信用卡資料	卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡		發卡銀行	
(必填)	卡號			有效日期	____月____年止(西元)
授權人資料	姓名	身分證字號		聯絡電話	
(即持卡人)	(必填)	(必填)		(必填)	
持卡人與保戶關係	請擇一勾選：(選擇2~3者，須檢附關係證明)				保險費金額：(必填)
(必填)	1. 授權人為 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 受益人				
	2. 授權人為 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 要保人 之以下關係：				
	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> (外)祖父母 <input type="checkbox"/> (外)孫子女				
	3. 要保人為法人，授權人為法人之以下關係： <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 員工				____元
持卡人簽名：	(須與信用卡簽名相同)		要保人簽名：		(要保人簽名需與要保書相同)
(必填)			(必填)		
信用卡扣繳授權約定條款：1. 持卡人同意以信用卡支付上開發帳金額予旺旺友聯產物保險股份有限公司(下稱本公司)並保證所填資料均詳實無訛。 2. 扣款交易若未獲發卡機構核准，則本簽帳單自動失效，本公司得再行收費。3. 持卡人同意本項交易日後若有退費，將退給要保人。					

以下由招攬業務人員填寫

旺旺友聯產物保險股份有限公司

114.11 版

保險需求及適合度分析評估暨業務員報告書(人身保險)

投保險種：☐ 傷害險 ☐ 旅平險 ☐ 健康險 ☐ 其他 要保人與被保險人關係：☐ 本人

要保人/要保單位	被保險人 (同要保人可免填以下欄位)
要保人姓名/單位名稱：_____	被保險人姓名：_____
國籍/法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名)	國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名)
職業/法人行業別： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 非一般職業(註1所列職業)	職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 非一般職業(註1所列職業)
客 戶 屬 性(限法人勾選)： <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(註2)	
法人負責人：_____	

註1 高風險之行業宜參考國家洗錢資恐及資武擴風險評估報告所列之高及非常高行業，2024 年國家洗錢資恐及資武擴風險評估報告所列高及非常高行業類別如下：國際金融業務分行(OBU)、提供虛擬資產服務之事業或人員、本國銀行、國際證券業務分公司(OSU)、外國銀行在臺分行、國際保險業務分公司(OIU)、證券商、銀樓業、辦理儲金匯兌之郵政機構、人壽保險公司、會計師、律師、提供第三方支付服務之事業或人員、不動產經紀業、農業金融機構(含全國農業金庫、農會信用部及漁會信用部)。

註2 (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五十萬元以上。

註3 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。

註4 國籍、職業/行業如涉及雙重國籍或多重職業別者，得複選。

註5 法人負責人或代表人，原則應與要保書上所記載一致，即為董事長或總經理。

註6 要保人多人時，請個別填寫報告書，若被保險人為多人時，以母公司、總機構之資訊及行業為準，自然人填一張為代表。

1. 要保人/被保險人和業務員的關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 客戶 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 招攬前不認識 <input type="checkbox"/> 其他 _____
2. 招攬經過： <input type="checkbox"/> 續保業務 <input type="checkbox"/> 職域開拓 <input type="checkbox"/> 招攬投保 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 他人轉介 <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 其他 _____
3. 要保人與被保險人投保目的及需求： <input type="checkbox"/> 保障 <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"/> 員工福利 <input type="checkbox"/> 其他 _____
4. 要保人繳交保險費之資金來源： <input type="checkbox"/> 工作收入 <input type="checkbox"/> 投資收入 <input type="checkbox"/> 退休收入 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 保單解約 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 其他 _____
5. 要保人與被保險人是否於三個月內已辦理終止契約、貸款或保單借款之情形？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 要保人購買本商品時，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商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 要保人過去一年內是否居住於中華民國境外超過半年以上？如勾選是，請說明居住國家(地區)：_____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 要保人、被保險人是否現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務？如勾選是，請說明：_____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 要保人、被保險人財務狀況：(團體保險不須填寫此項) 要保人年收入或財務狀況： <input type="checkbox"/> 25 萬以下 <input type="checkbox"/> 26 萬~50 萬 <input type="checkbox"/> 51 萬~100 萬 <input type="checkbox"/> 101 萬~150 萬 <input type="checkbox"/> 150 萬~200 萬 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 被保險人年收入(同要保人免填)： <input type="checkbox"/> 25 萬以下 <input type="checkbox"/> 26 萬~50 萬 <input type="checkbox"/> 51 萬~100 萬 <input type="checkbox"/> 101 萬~150 萬 <input type="checkbox"/> 150 萬~200 萬 <input type="checkbox"/> 其他 _____ *若被保險人為未成年人/學生時，請改填其父母或法定代理人年收入總和。
10. 家中主要經濟來源者與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____
11. 要保人與被保險人是否已投保或正在投保其他商業保險？如勾選是，請說明公司名稱：_____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12. 身故受益人是否指定為配偶、直系親屬、或指定為法定繼承人(其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定)？ 若勾選否，請說明原因 _____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
13. 招攬時是否已確認要保人與被保險人及被保險人與受益人之關係？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
14. 招攬時已親晤要保人、被保險人及法定代理人，並確認此文件係由要保人、被保險人及法定代理人親自簽名無誤？... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
15. 業務人員補充說明其他有利於核保之資訊(若無可免填)：_____

業務員招攬聲明事項：

1. 本人已充分瞭解要保人及被保險人之基本資料，要保書之被保險人姓名、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身分證件(身分證、護照、駕照、或其他足資證明其身分文件等)，且由要、被保險人親自填寫要保書及簽名無誤。

2. 本人於招攬時已向要、被保險人說明本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險之內容。

3. 本人向要、被保險人招攬時，已評估其收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額之相當性，要保人確已瞭解其所繳保費係用以購買保險商品，並於面見要、被保險人後作成本保險需求及適合度分析評估暨業務員報告書，本人確認上述事項已據實回答，如有不實致旺旺友聯產險受損害，本人願負賠償責任，特此聲明。

招攬人員簽名：_____ 保經、代公司簽章：_____ 年 月 日

專案投保問卷

親愛的保戶 您好：

感謝您投保本公司商品，為進一步了解您的身體狀況，請您填寫下列問題，謝謝合作。

一、您在過去一年內是否曾經發生意外？ ☐有(請繼續回答下列問題) ☐無

1.意外次數：☐1 次 ☐2 次 ☐3 次 ☐4 次以上

2.意外的原因：☐車禍 ☐跌倒 ☐運動不慎 ☐浴廁滑倒 ☐上下樓梯 ☐其他_____

3.受傷狀況：☐無受傷(或僅至醫院門診) ☐住院治療 ☐骨折(部位: _____) ☐顱內出血

二、活動力狀態：

1.可以在不使用輔助器下持續走路 100 公尺？ ☐可以 ☐不可以

2.可以自己用膳、如廁、梳洗、上下床、出門？ ☐可以 ☐不可以

三、健康狀態：

☐具視覺、聽覺障礙(不限是否領有身心障礙手冊或證明)

☐具精神、心智功能障礙(例如患失智症、憂鬱症、智能障礙，或有焦慮、暴躁、易怒、妄想、幻覺、自殘等症狀)(不限是否領有身心障礙手冊或證明)

☐無

四、思考記憶狀態：

☐正常

☐輕微健忘，常遺忘事情，經過思考可以想起來，無其他困難

☐中度記憶喪失，處理複雜問題有中度困難，家居生活有輕度障礙,有時需要提示

☐重度記憶力喪失，時間與地點容易混淆，處理問題有重度困難

☐嚴重記憶力喪失，只能辨別特定人物，沒有判斷能力，無法解決問題，需要特別照顧，不能獨處。處理問題有重度困難。

五、目前有無從事志工或固定職業？ ☐有(請繼續回答下列問題) ☐無

1.每週工作幾天：☐1 天 ☐2 天 ☐3 天以上

2.每次工作時數：☐1 小時 ☐2 小時 ☐3 小時以上

3.工作時的狀態：☐總是站著 ☐須隨時走動 ☐總是坐著

六、目前有無運動習慣？ ☐有(請繼續回答下列問題) ☐無

1.每週運動幾天：☐1 天 ☐2 天 ☐3 天以上

2.每次運動時數：☐1 小時 ☐2 小時 ☐3 小時以上

3.運動型態：☐健走、爬山 ☐慢跑 ☐騎乘自行車 ☐游泳 ☐公園散步

七、目前居住型態？ ☐與子女同宅共居 ☐與配偶同宅共居 ☐自宅獨居 ☐居住護理之家、長照中心或養生村 ☐其它

八、目前每日生活照護型態？ ☐子女照護 ☐外藉移工自宅照護 ☐機構照護 ☐無需照護

要保人簽名：

被保險人簽名：

填寫日期：