



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

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

旺旺友聯產物個人傷害保險要保書

※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。

112.04.14 (112) 旺總精算字第 0047 號函送保險商品資料庫

保單號碼	12 字第	號本單係	號續保	受理號碼			
保險期間	自民國	年	月	日	時起一年 (此欄由保險公司填寫)		
要保人	姓名	身分證字號		出生日期	民國 年 月 日		
	性別 ☐ 男 ☐ 女	國籍	☐ 本國籍 ☐ 外國籍	與被保險人關係	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他		
	聯絡電話	手機： (宅)		(公)			
	聯絡地址	☐ ☐ ☐ 郵遞區號必填					
	保單提供方式	☐ 紙本保單 ☐ 本人同意使用電子保單，改以電子郵件方式核發電子保單 (請務必填寫行動電話及電子信箱)					
	*保單提供方式若未勾選者，表示為紙本保單		行動電話 (必填欄位)	電子信箱 (請正楷填寫)			
被保險人	☐ 同要保人 (可免填被保險人與要保人相同之欄位)						
	姓名	性別 ☐ 男 ☐ 女	身分證字號	出生日期	民國 年 月 日		
	聯絡電話	手機： (宅)		(公)			
	聯絡地址	☐ ☐ ☐ 郵遞區號必填					
	※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？ ☐ 是 ☐ 否						
	※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。 ☐ 是 ☐ 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。 ☐ 是 ☐ 否							
法定代理人 (必填欄位)	☐ 同要保人 (可免填下列欄位)						
	姓名	國籍	身分證字號	出生日期			
身故受益人	☐ 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 ☐ 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： ☐ 均分 ☐ 順位 (請註明順序) ☐ 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身分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】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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負給付責任。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。

【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。				☐ 是 ☐ 否
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。				☐ 是 ☐ 否
※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(新台幣元)	
請擇一勾選☐投保計畫別			☐ 計畫 A	☐ 計畫 B
意外喪葬費用及意外失能保險金			61.5 萬元	61.5 萬元
意外失能保險金（依失能程度表比例給付）			100 萬元	150 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
顏面傷害失能保險金			3 萬元	10 萬元
傷害醫療給付 (日額型)	傷害醫療保險給付（日額型）	最高 90 天	1,000 元/日	1,000 元/日
	傷害住院療養金	最高 90 天		1,000 元/日
	加護病房保險金	最高 30 天	1,000 元/日	1,000 元/日
	燒燙傷病房保險金	最高 30 天	2,000 元/日	3,000 元/日
	骨折未住院津貼		最高 3 萬元	最高 3 萬元
傷害住院慰問金（每次住院需達 3 天（含）以上）			1,000 元/次	2,000 元/次
救護車運送費用保險金			2,000 元	3,000 元
食物中毒慰問金			1,000 元/次	2,000 元/次
年繳保險費			1,172 元	1,552 元

請勾選☐是否同意附加下列商品			☐ 附約一	☐ 附約二
◎傷害醫療保險給付（實支實付型）			1 萬元	2 萬元
年繳保險費			490 元	571 元
繳費方式	☐ 信用卡 ☐ 現金（匯款） ☐ 支票	繳別	年繳	合計保險費
				元

本人（要保人、被保險人）於填寫要保書時，對於旺旺友聯產物保險公司所提供之『要保書填寫說明』、『保單條款』、『投保人須知』等前項資料已審閱並充分了解其內容。…☐是，已審閱並充分了解前述文件內容，並同意遵守之。

※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。
 ※配合保險法 107 條規範，對於未滿 15 足歲者之喪葬費用保險金最高限額 61.5 萬元。（人壽保險、傷害保險、旅行平安保險及人壽保險、傷害保險、旅行平安保險之綜合型保險合併計算）。

簽名欄	要保人簽名：_____	被保險人簽名：_____
	※未滿 18 足歲者之法定代理人：(同要保人可免填下列欄位)	
	法定代理人簽名：_____	姓 名：_____ 身分證字號：_____ 出生日期：_____ 國 籍：_____ (未滿 18 足歲者須加法定代理人簽名) 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	營業單位	業務員簽名	業務員登錄字號	業務員電話	
			*保單通路別： ☐ 一般保經 ☐ 一般保代 ☐ 保險公司 ☐ 銀行保代 ☐ 銀行保險				