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.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。※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	☐本人 ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他＿＿＿＿
電子保單（同意請勾選）	☐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 請正楷填寫，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	☐同要保人	身分證字號		性別		出生日期	民國　年　月　日
	聯絡地址	☐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？ ☐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）？ ☐否 ☐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）？ ☐否 ☐是，如勾選是者，請提供相關文件。						
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　※分配方式：☐均分 ☐順位（請註明順序）						
	姓名		身分證字號		與被保險人關係	☐本人 ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他＿＿＿＿	
	聯絡地址	☐同要保人			聯絡電話		

請擇一勾選☑投保系列及計劃 ☐系列一 ☐系列二		☐A 計畫	☐B 計畫	☐C 計畫	☐D 計畫	☐E 計畫	☐F 計畫（限 15 歲以下）	☐G 計畫（限 15 歲以下）
1. 一般意外身故、失能保險金		100 萬元	100 萬元	200 萬元	300 萬元	500 萬元	100 萬元（失能保險金）	200 萬元（失能保險金）
2. 重大燒燙傷保險金		50 萬元	50 萬元	100 萬元	150 萬元	200 萬元	50 萬元	50 萬元
3. 傷害醫療保險給付（實支實付型）		3 萬元	5 萬元	5 萬元	10 萬元	10 萬元	5 萬元	5 萬元
4. 傷害醫療保險給付（日額型）/最高 90 天（含骨折未住院）		1,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日
5. 加護病房保險金/最高 30 天		1,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日
6. 燒傷病房保險金/最高 30 天		1,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日	3,000 元/日
7. 傷害住院慰問金（每次住院需達 3 天（含）以上）		1,000 元/次	1,000 元/次	2,000 元/次	2,500 元/次	3,000 元/次	1,500 元/次	1,500 元/次
8. 意外門診手術保險金		1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	1,500 元/次	2,000 元/次	1,500 元/次	1,500 元/次
9. 食物中毒慰問金		1,000 元/次	1,000 元/次	2,000 元/次	2,500 元/次	3,000 元/次	1,500 元/次	1,500 元/次
特定事故最高給付限額	10. 大眾運輸意外事故保險金	200 萬元	400 萬元	800 萬元	1,200 萬元	1,500 萬元		
	11. 電梯意外事故保險金	200 萬元	200 萬元	400 萬元	500 萬元	600 萬元		
	12. 火災意外事故保險金	100 萬元	100 萬元	200 萬元	300 萬元	500 萬元		
	13. 地震意外事故保險金	100 萬元	100 萬元	200 萬元	300 萬元	500 萬元		

【要（被）保險人聲明事項】

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。

【注意事項】

1. 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。
2. 身故保險金受益人如係身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。
3. 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。	☐	☐
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○、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：

※.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：			