



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)2776-0625
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

費率性質	險別代號
------	------

保單份數	正本	份
	副本	份

旺旺友聯產物居家旺旺綜合保險要保書

107.8.1 依據 107.6.7 金管保壽字第 10704158370 號函逕修

※1. 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。
2. 投保後解約或不繼續繳費可不利消費者，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單條款，消費者務必詳加閱讀了解。

保單號碼	12 字第	號本單係第	號續保	保險期間	自民國 年 月 日中午十二時起 至民國 年 月 日中午十二時止
要保人姓名	身分證字號 統一編號	代表人	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	聯絡電話 手機 (宅) (公)
要保人聯絡地址	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				
被保險人姓名	身分證字號 統一編號	代表人	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	聯絡電話 手機 (宅) (公)
被保險人聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同要保人				
保險標的物	住 所				
置存保險標的物之建築物	本體	造屋頂	屋頂	總樓層數	層 使用面積 坪
承保範圍			保險金額 (新台幣元)		保險費 (新台幣元)
財產保險	<input type="checkbox"/> 居家動產損失保險				
	<input type="checkbox"/> 住所災害費用補償附加條款				
	<input type="checkbox"/> 居家動產暫時外移附加條款		含於居家動產損失保險之保險金額內		
	<input type="checkbox"/> 住所竊盜修復費用附加條款		賠償限額為居家動產損失保險保險金額之 5%		
責任保險	<input type="checkbox"/> 住所第三人責任保險				
	<input type="checkbox"/> 住所承租人責任附加條款				
傷害保險	<input type="checkbox"/> 居家傷害保險		詳被保險人名冊		
	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付(日額型)附加條款				
繳 別	<input type="checkbox"/> 年 繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季 繳 <input type="checkbox"/> 月 繳			總保險費	
每一期分期保險費(NT\$) _____元 年繳總保險費(NT\$) _____元 分期總保險費與年繳總保費差額(NT\$) _____元					
複 保 險	其他保險公司		保險單號碼	保險標的物	保險金額
備 註					
<p>注意事項： 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，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得依保險法第 64 條規定解除本附加傷害保險契約。 2. 本要保書應由要保人及被保險人親自填寫、簽章。 3. 投保本公司傷害保險者皆附加有「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」，對於任何直接或間接因恐怖主義行為所致被保險人死亡或失能，其給付額最高以新台幣二百萬元為限。 4. 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。</p>					
旺旺友聯產物保險公司填寫欄				招攬單位填寫欄	
核保	輸入	經手人員編	公司別	業務員簽名	業務員登錄字號
				保經代簽署章	
				單位名稱/代號：	
				申請日期：中華民國 年 月 日	
				要保人簽章： _____	



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)2776-0625
 有關本公司公開資訊，請見本公司網址：hppt://www.wunion.com 免費申訴電話：0800-024-024

居家傷害保險被保險人名冊

被保險人	出生年月日	工作內容	投保計畫	與要保人關係	身故保險金 受益人	受益人地址	被保險人 簽名
	身分證字號	職業類別		性別	與主被保險 人關係	受益人電話	
			<input type="checkbox"/> 計畫 1 <input type="checkbox"/> 計畫 2				
			<input type="checkbox"/> 計畫 1 <input type="checkbox"/> 計畫 2	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
			<input type="checkbox"/> 計畫 1 <input type="checkbox"/> 計畫 2	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
			<input type="checkbox"/> 計畫 1 <input type="checkbox"/> 計畫 2	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
			<input type="checkbox"/> 計畫 1 <input type="checkbox"/> 計畫 2	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
			<input type="checkbox"/> 計畫 1 <input type="checkbox"/> 計畫 2	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			

承保範圍		計畫別	計畫 1	計畫 2
			保險金額(新台幣)	保險金額(新台幣)
限滿 15 足歲 者投保適用	一般事故身故或失能保險金		100 萬元	200 萬元
	特定事故身故或失能保險金		200 萬元	400 萬元
限未滿 15 歲 者投保適用	一般事故失能保險金		100 萬元	200 萬元
傷害醫療保險給付(日額型) (每次事故最高 90 天)			每日 1,000 元	每日 2,000 元
保險費(新台幣)			元	元

要保人/被保險人聲明事項

- 本人(被保險人)同意(旺旺友聯產物保險股份有限公司)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(旺旺友聯產物保險股份有限公司)將本要保書上所载本人資料轉送產、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。
- 本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險之個人資料，有蒐集、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(旺旺友聯產物保險股份有限公司)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(旺旺友聯產物保險股份有限公司)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(旺旺友聯產物保險股份有限公司)仍承保者，(旺旺友聯產物保險股份有限公司)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(旺旺友聯產物保險股份有限公司)者，同意(旺旺友聯產物保險股份有限公司)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分不負給付責任。

被保險人告知事項

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"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
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"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

※上列告知事項答「是」者，請詳細說明如(姓名、醫院名稱、診治經過及時間、治療結果、目前狀況)說明：