



### 投保須知

茲依「金融消費者保護法」及「金融服務業提供金融商品或服務前說明契約重要內容及揭露風險辦法」之規定，旺旺友聯產物保險股份有限公司（下稱本公司）敬告要（被）保險人於投保前須特別注意下列事項：

- 一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知其授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。
- 二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，若違反保險法第64條告知義務時，保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。
- 三、要（被）保險人對於保險契約權利行使、變更、解除及終止之方式：
  - （一）權利行使：被保險人於保險期間內發生保險事故並致生損害時，應依保險法相關法令與投保商品契約條款之規定及程序，向本公司辦理理賠事宜。
  - （二）契約變更：
    1. 要保人得隨時向本公司提出契約變更，除法令另有規定或契約另有約定者外，非經雙方書面同意且經本公司簽批者不生效力。
    2. 保險契約條款有停效約定者，本公司於契約停效期間不負給付保險金責任。
  - （三）契約解除及終止：
    1. 保險契約當事人之一方違背特約條款時，他方得解除契約；其危險發生後亦同。
    2. 保險契約得經要保人通知而終止之，保險契約終止時，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率計算已經過期間之保險費後，將未滿期保險費退還要保人，相關計算方式請詳閱保單條款。
- 四、本公司對於保險契約之重要權利、義務及責任：本公司依據經主管機關核定之各項保險費率收取保險費，在承保危險事故發生時，依相關法令、契約條款之約定及承保之責任，對請求權人、被保險人或受益人負賠償之義務。
- 五、要（被）保險人應負擔之費用及違約金（包括收取時間、計算及收取方式）：要（被）保險人除繳交保險費外，無須繳交其他任何費用及違約金。
- 六、本公司保險商品悉依保險相關法令辦理，並受有財產保險安定基金之保障。
- 七、因本保險商品或服務所生紛爭之處理及申訴管道：本公司免費申訴電話 0800-024-024，公開資訊網址：<http://www.wwunion.com>

### 產險業履行個人資料保護法告知義務內容

旺旺友聯產物保險公司（以下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

- 一、蒐集之目的：（一）財產保險（〇九三）（二）人身保險（〇〇一）（三）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（一八一）
  - 二、蒐集之個人資料類別：詳如相關業務申請書或契約書內容
  - 三、個人資料之來源（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）
    - （一）要保人/被保險人（二）司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構（三）當事人之法定代理人、輔助人（四）各醫療院所（五）與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。
  - 四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式
    - （一）期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
    - （二）對象：本（分）公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
    - （三）地區：上述對象所在之地區。
    - （四）方式：合於法令規定之利用方式。
  - 五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：
    - （一）得向本公司行使之權利：
      1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
      2. 向本公司請求補充或更正。
      3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
    - （二）行使權利之方式：以書面郵寄申請或至本公司各營業處辦理。
  - 六、台端不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：
 

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。
- 註：上開告知事項已公告於本公司官網([www.wwunion.com](http://www.wwunion.com))，如有任何問題歡迎洽詢本公司 0800-024-024 免付費專線。

受告知人：

（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 12F TEL：(02)2776-5567 FAX：(02)2741-7590

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

※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。

※本保險商品為非保證續保之保險商品。

※查閱本公司資訊公開說明文件，請上本公司網址，或至本公司索取。

107.08.17(107)旺總精算字第 1319 號函備查修訂

### 旺旺友聯產物新旅行綜合保險(國內型)要保書

保單號碼	1 2 _____ - _____ NTD		旅遊地區	<input type="checkbox"/> 本島 <input type="checkbox"/> 外島 _____	
保險期間	自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時起至民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時止，共計 _____ 天 <input type="checkbox"/> 英文投保證明(檢附英文姓名、護照號碼)				
航班資訊	出發航班	轉接班機	回程航班		
要保人	姓名 (單位名稱)	身分證統一編號 或護照號碼 (統一編號)	性別	出生 年月日	代表人(負責人)
	聯絡地址 (住所)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	聯絡電話		國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國	與被保險人關係
保單型式 <input type="checkbox"/> 紙本保單 <input type="checkbox"/> 電子保單(E-mail)：					
被保險人	姓名	身分證統一編號 或護照號碼	性別	出生 年月日	合計人數：共 _____ 人，或另附名冊 <input type="checkbox"/>
	聯絡地址 (住所)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	聯絡電話		國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國	1. 視本次旅行，被保險人是否已投保其他旅行平安保險： <input type="checkbox"/> 是 公司名稱：_____ 投保金額：_____； <input type="checkbox"/> 否 2. 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 公司名稱：_____ 保險金額：_____； <input type="checkbox"/> 否 3. 被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如勾選是者，請提供相關證明文件。
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)					
受益人姓名	身分證統一編號 或護照號碼	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國	與被保險人 關係	<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"/> 同要保人聯絡地址(住所)				聯絡電話

承保項目	身故或失能保險金(限滿 15 足歲以上者投保適用)	_____萬元
	失能保險金(限未滿 15 足歲者投保適用)	_____萬元
	旅行傷害醫療保險金	<input type="checkbox"/> 0 萬 <input type="checkbox"/> 3 萬 <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 10%
	<input type="checkbox"/> 基本型	<input type="checkbox"/> 加值型
第三人責任保險(自負額：無)	身故或失能保險金之 10%	身故或失能保險金之 10%
重大燒燙傷保險	無	身故或失能保險金之 25%
旅行不便保險 (1) 班機延誤補償保險	無	NT\$ 1,500.-
(2) 行李延誤補償保險	無	NT\$ 1,500.-
(3) 行李遺失補償保險	無	NT\$ 6,000.-
繳費別：躉繳	保險費合計	新台幣： _____ 元

<p><b>【要(被)保險人聲明事項】</b></p> <p>1. 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。 2. 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個人資料轉送產、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。 3. 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。 4. 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。 5. 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，申請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保險條款約定給付責任。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。</p>	<p><b>【注意事項】</b></p> <p>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六十四條規定解除保險契約。 2. 本要保書應由要保人及被保險人親自填寫、簽章。 3. 投保本公司新旅行綜合保險(國內型)者附加有「傷害保險恐怖主義行為保險限額附加條款」，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，其給付額度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。 5. 本人已審閱並知悉 貴公司所提供與說明有關本保險商品重要內容與風險之投保須知。 6. 要保人於填寫要保書時，對於保單條款樣本或影本、投保須知之資料應收訖並審閱。</p>	<p><b>承保收件欄</b></p>
<p>要保人簽名： _____ 法定代理人簽名： _____</p> <p>被保險人簽名： _____ 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 時</p>	<p>公司名稱： _____ 電傳人： _____</p> <p>電話： _____ 傳真： _____</p>	<p><b>收件通報編號</b></p>

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	公司別	業務員簽名	業務員登錄字號	
				單位名稱/代號：		

## 旺旺友聯產物新旅行綜合保險(國內型)投保名冊

頁數: /

序號	被保險人							受益人					保險金額			每人保險費(元)	被保險人簽名 【本人已審閱要保書聲明及注意事項】
	姓名	性別	出生年月日	身分證統一編號或護照號碼	國籍	聯絡方式 住所電話	與要保人之關係	姓名	身分證統一編號或護照號碼	國籍	聯絡地址 聯絡電話	與被保險人關係	身故或失能保險金 (單位:萬元) (限滿15足歲以上者投保適用)	失能保險金 (單位:萬元) (限未滿15足歲者投保適用)	旅行傷害醫療保險金 (單位:萬元)		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										

※要保人如有提供投保人員之電子檔或其他書面資料，無須填寫上開之投保名冊，但仍須被保險人以書面同意訂定本契約，以符合保險法第 105 條規定。