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)2741-7590
有關本公司公開資訊，請見本公司網址：hppt://www.wwunion.com 免費申訴電話：0800-024-024

旺旺友聯產物平安旺團體傷害保險要保書

※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能不利消費者，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。
4.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。

107.09.10（107）旺總精算字第 1311 號函送保險商品資料庫

保單號碼	12 字第 號	保險期間	自民國 年 月 日 時起 至民國 年 月 日 時止		
要保單位		統一編號		電話	
聯絡地址				傳真	
營業性質		負責人		承辦人	
被保險人	如附件被保險人名冊，共 人	參加資格	☐正常工作且支領固定薪資之員工或眷屬 ☐其他		
受益人	☐法定繼承人 ☐被保險人之家屬（請在被保險人名冊中指定家屬姓名） ☐依勞工保險條例之受領順序				
繳費方式	☐年繳 ☐半年繳 ☐季繳 ☐月繳	保險費（新台幣）	元		

險種名稱 \ 型別選擇/保險金額		計畫 A	B 計畫	C 計畫	D 計畫	E 計畫	F 計畫	G 計畫	H 計畫	I 計畫 (限未滿 15 歲)
1.意外身故及失能保險金(滿 15 歲以上)		100 萬元	200 萬元	300 萬元	500 萬元	100 萬元	200 萬元	300 萬元	500 萬元	
2.意外失能保險金(未滿 15 足歲)										100 萬元
3.重大燒燙傷保險金						100 萬元	100 萬元	100 萬元	100 萬元	100 萬元
4.搭乘大眾運輸工具意外事故保險金						100 萬元	200 萬元	300 萬元	500 萬元	
5.傷害醫療保險給付（實支實付型）		1 萬元	1 萬元	1 萬元	1 萬元	2 萬元	2 萬元	2 萬元	2 萬元	2 萬元
6.傷害醫療保險給付（日額型）/最高 90 天		1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日
7.傷害住院加護病房保險金/最高 7 天		1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日
8.傷害住院燒燙傷病房保險金/最高 7 天		1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日
9.傷害住院慰問金/須住院達五日（含）以上		1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次
10.食物中毒慰問金		1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次
每人年繳保費	職業類別：第 1 類	1,034 元	1,617 元	2,200 元	3,366 元	1,443 元	2,030 元	2,618 元	3,793 元	935 元
	職業類別：第 2 類	1,293 元	2,022 元	2,750 元	4,207 元	1,802 元	2,535 元	3,269 元	4,736 元	-
	職業類別：第 3 類	1,552 元	2,426 元	3,300 元	-	2,162 元	3,040 元	3,919 元	-	-
	職業類別：第 4 類	2,327 元	3,639 元	-	-	3,240 元	4,556 元	-	-	-

聲明事項：（聲明事項應由要保人及被保險人親自確認後簽名或蓋章）
1.本人（被保險人）同意旺旺友聯產物保險股份有限公司（以下簡稱旺旺友聯產險公司）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。
3.本人（被保險人、要保人）同意旺旺友聯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。
4.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，而保險公司仍承保者，旺旺友聯產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險公司者，同意旺旺友聯產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：
※ 要保人對於保險人之書面詢問事項，應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，旺旺友聯產物保險公司得依保險法第 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。
※ 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。
※ 要保書於填寫要保書時，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。
※ 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。

經紀人/代理人簽署章：

要保人/負責人簽章：

申請日期：中華民國 年 月 日

旺旺友聯產物填寫欄				招攬人員名稱、代號		
核定	承辦人員	經手人代號	中間人代號	單位代號	業務員簽名	業務員登錄 ID

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)2741-7590
有關本公司公開資訊，請見本公司網址：hppt://www.wwunion.com 免費申訴電話：0800-024-024

旺旺友聯產物平安旺團體傷害保險健康聲明書

要保單位： 保單號碼：

員工代號： 保險証號：

一、基本資料（※為確保資料的正確性，保險對象姓名請以正楷書寫，以下各欄資料如有塗改處請簽章確認）

關 係	被保險人	性別	國籍	出生日期	身分証字號	工作內容	承保內容	保險費	聯絡電話/聯絡地址	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？	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。	被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）? 如勾選是者，請提供相關證明文件。
本人										是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐
配偶										是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐
☐子女 ☐父母										是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐
☐子女 ☐父母										是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐
☐子女 ☐父母										是☐ 否☐	是☐ 否☐	是☐ 否☐

二、告知事項

●本健康告知書之適用對象係以本公司於投保規則之規範為依據。 ●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，旺旺友聯產物保險公司得依保險法第 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。		本人		配偶		子女		父母	
		是	否	是	否	是	否	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(請勾選)： (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〇.三以下。(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、吞嚥或言語機能障害。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
※上列告知事項答「是」者，請詳細說明被保險人姓名、保險公司、商品名稱、保險金額、原因、診治經過、時間、醫院名稱、治療結果、目前狀況。 說明：_____									

三、聲明事項

1.本人（被保險人）同意旺旺友聯產物保險股份有限公司（以下簡稱旺旺友聯產險公司）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。

3.本人（被保險人、要保人）同意旺旺友聯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。

4.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，而保險公司仍承保者，旺旺友聯產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險公司者，同意旺旺友聯產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。

被保險人簽名:	**要保人/負責人簽章：**
本人 /配偶	
父母 /子女	
未成年者法定代理人簽名：_____	

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)2741-7590
有關本公司公開資訊，請見本公司網址：hppt://www.wwunion.com 免費申訴電話：0800-024-024

旺旺友聯產物平安旺團體傷害保險被保險人名冊

要保單位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　日期：＿＿年＿＿月＿＿日

編號	被保險人 姓　　名	出　生 年月日	身份證字號	工作性質	性別	投保計畫	身故受益人			被保險人簽章 【本人已審閱要保書聲明事項（註）】
							姓名及 身分證字號	與被保險人 關　　係	聯絡電話/ 聯絡地址	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

保費合計：＿＿＿＿＿＿（合計人數：　　）

要保單位暨負責人蓋章：

註.
※本人(被保險人)已審閱旺旺友聯產物團體傷害保險要保書(如附件)，並同意要保單位依該要保書所載內容投保本團體傷害保險。※本人（被保險人）同意旺旺友聯產物保險股份有限公司（以下簡稱旺旺友聯產險公司）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（被保險人、要保人）同意旺旺友聯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。
※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。
※要保單位如有提供投保人員之電子檔或其他書面資料，無須填寫上開之被保險人名冊，但仍須被保險人以書面同意本團體傷害保險契約之訂定，以符合保險法第 105 條規定。