



## 旺旺友聯產物健康旺旺新住院日額醫療保險要保書

1. 本保險商品為非保證續保之健康保險。
2. 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。
3. 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。
4. 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，並把握保單契約撤銷之時效(收到保單翌日起算十日內)。
5. 有關本公司公開資訊，請見本公司網址：www.wunion.com；免費申訴電話：0800-024-024

108.12.31 (108) 旺總精算字第 1230 號函送保險商品資料庫

### 一、基本資料 (請以正楷填寫，如有塗改，請要保人於塗改處簽名確認)

保單號碼	12 第		號(本公司填寫)	<input type="checkbox"/> 續保，原保單號碼：		<input type="checkbox"/> 新保						
保險期間	自民國		年	月	日午夜 12 時起至民國	年	月	日午夜 12 時止				
要保人	姓名			出生日期	民國		年	月	日			
	身分證字號			關係	為被保險人之 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 其他							
	聯絡電話	(公)	(宅)		(行動電話)							
	住所(通訊處)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
被保險人	姓名	<input type="checkbox"/> 同要保人		出生日期	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	保險年齡	(本公司填寫)
	身分證字號			常駐(住)國外	<input type="checkbox"/> 是，地點：_____ <input type="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="radio"/> 如勾選是者，請提供。											
	聯絡電話	(公)	(宅)		(行動電話)							
	住所(通訊處)	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
受益人	本契約各項保險金之受益人為被保險人本人。 被保險人身故時，如有尚未給付之保險金部分，其給付對象則依本契約條款約定。											

### 二、承保資料

保險種類與投保計劃別			<input type="checkbox"/> 計劃 A	<input type="checkbox"/> 計劃 B	<input type="checkbox"/> 計劃 C
計劃別勾選	給付項目 (NT\$)		保險金日額	保險金日額	保險金日額
<input type="checkbox"/> 基本型	a. 住院醫療保險金	1 ~ 90 日	500 元/日	1,000 元/日	1,500 元/日
		91 ~ 180 日	1000 元/日	2,000 元/日	3,000 元/日
	b. 住院前後門診費用保險金	依實際門診日數計算	125 元/日	250 元/日	375 元/日
	c. 住院看護保險金	最高給付 90 日	500 元/日	1,000 元/日	1,500 元/日
	d. 出院療養保險金	最高給付 7 日	250 元/日	500 元/日	750 元/日
	e. 加護病房保險金	最高給付 60 日	1,000 元/日	2,000 元/日	3,000 元/日
年繳保險費			NT\$ 元	NT\$ 元	NT\$ 元
<input type="checkbox"/> 加值型	f. 燒燙傷病房保險金	最高給付 60 日	1,000 元/日	2,000 元/日	3,000 元/日
	g. 骨折未住院醫療保險金	依表定計算給付日數	500 元/日	1,000 元/日	1,500 元/日
	年繳保險費			NT\$ 元	NT\$ 元

(請繼續填寫下頁)

**【要(被)保險人告知事項】**

\*本要保書書面詢問之告知事項係要保人(包括被保險人)親自填寫，均屬詳實無訛，絕無隱匿或遺漏不為說明，或不實的說明之情事；本公司得依據保險法第 64 條規定，要保人或被保險人若因不誠實告知而影響本公司對危險之評估者，本公司得解除本契約，保險事故發生後亦同。

\*依保險法第 127 條規定，被保險人已在疾病或妊娠中，本公司對是項疾病或分娩，不負給付保險金之責任。

1. 被保險人：身高 <input type="text"/> 公分，體重 <input type="text"/> 公斤	是	否
2. 最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 過去兩年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 過去一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)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 (3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 (4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 (5)痛風、高血脂症。 (6)青光眼、白內障。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 過去五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)高血壓症(指收縮壓 140 mm /Hg 或舒張壓 90 mm /Hg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。(3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。(4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT 值超過 40IU/L 以上)。(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。(6)視網膜剝離或出血、視神經病變。(7)癌症(惡性腫瘤)。(8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。(9)糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。(10)紅斑性狼瘡、膠原症。(11)愛滋病或愛滋病帶原。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 女性被保險人回答： (1)過去一年內是否曾患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？ (2)是否已確知懷孕？如是，已經幾週 <input type="text"/> ？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*被保險人現在及過去之健康情形若有上列 2-8 項所述的情形，請詳填：病名(外傷者，含受傷部分)、就診醫院、就診大約期間、診療過程(門診或住院)、有無手術、有無後遺症。		
9. 被保險人之職業及兼業： (1)服務單位： <input type="text"/> (2)詳細工作內容： <input type="text"/> (3)兼 職： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，工作內容： <input type="text"/>		

**【要(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(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)同意旺旺友聯產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。

要保人簽名：\_\_\_\_\_

 法定代理人簽名：\_\_\_\_\_
   
(要/被保險人未成年者)

被保險人簽名：\_\_\_\_\_

(未滿 7 歲者由法定代理人代簽)

填寫日期： 年 月 日

**【注意事項】**

- 本公司保險責任開始之日時，須依本契約條款有關「疾病等待期間」之相關規定辦理，本商品等待期為 30 天。
- 要保人於填寫要保書時，對於保單條款樣本或影本、投保人須知及個人資料保護法說明之資料應收訖並審閱。

保險業務員				保險代理人/經紀人簽署人章
單位	簽名	業務員 ID	聯絡電話	

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