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.wwunion.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。

105.08.10(105)旺總精算字第 0827 號函備查
108.12.31 依據 108.04.09 金管保壽字第 10804904941 號函逕修
108.12.31 依據 108.06.21 金管保壽字第 10804920500 號函逕修

旺旺友聯產物新旅行綜合保險(國內型)要保書

保單號碼	12_____-_____NTD_____				旅遊地區	□本島 □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					□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 □男 □女	出生年月日	代表人(負責人)
	聯絡地址(住所)		國籍	□中華民國 □_____	與被保險人關係	□本人 □配偶 □子女 □父母 □其他_____	
	聯絡電話						
保單型式	□紙本保單　□電子保單(E-mail)：						
被保險人	姓名	□同要保人	身分證統一編號或護照號碼		性別 □男 □女	出生年月日	合計人數:共　人，或另附名冊□
	聯絡地址(住所)	□同要保人聯絡地址(住所)	國籍	□中華民國 □_____	1.就本次旅行，被保險人是否已投保其他旅行平安保險：□是公司名稱：_____投保金額：_____；□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？□是公司名稱：_____保險金額：_____；□否 3.被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)?□是;□否 如勾選是者，請提供相關證明文件。		
	聯絡電話						
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)						
	受益人姓名		身分證統一編號或護照號碼		國籍	□中華民國 □_____	與被保險人關係 □配偶 □子女 □父母 □其他_____
	聯絡地址	□同要保人聯絡地址(住所)					聯絡電話

承保項目 ＼ 保險金額(新台幣元)	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	□0萬　□3萬　□5%　□10%
	□基本型	□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	

【要(被)保人聲明事項】

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，其給付額度最高以新台幣二佰萬元為限。
4. 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。
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。

承保收件欄

要保人簽名：　　法定代理人簽名：

被保險人簽名：　　申請日期：　年　月　日　時

公司名稱：　　電傳人：

電　話：　　傳　真：

收件通報編號

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)		
		□男 □女						□法定繼承人									
		□男 □女						□法定繼承人									
		□男 □女						□法定繼承人									
		□男 □女						□法定繼承人									
		□男 □女						□法定繼承人									
		□男 □女						□法定繼承人									
		□男 □女						□法定繼承人									
		□男 □女						□法定繼承人									
		□男 □女						□法定繼承人									
		□男 □女						□法定繼承人									
		□男 □女						□法定繼承人									
		□男 □女						□法定繼承人									
		□男 □女						□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。