



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：<http://www.wunion.com> 免費申訴電話：0800-024-024



(不保事項)

旺旺友聯產物特定活動綜合保險要保書

- ※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。
- 108.08.01(108)旺總精算字第 0886 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

保單號碼		字第		號		文件編號		預留編碼			
要保人	姓名或名稱	身分證字號 或統一編號		要保單位負責 (代理)人		(要保人為公司/機關者請加填)					
	關係	為被保險人之 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 僱傭		要保單位 負責(代表)人	出生日期	民國	年	月	日		
	聯絡電話	(電話)		(行動電話)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	通訊地址										
電子保單 (同意請勾選)		<input type="checkbox"/> 本人同意使用電子保單，改以電子郵件方式核發電子保單，旺旺友聯產物保險公司不另寄發實體保單。 <input checked="" type="checkbox"/> 若同意使用電子保單，以下欄位必填 (E-Mail 請正楷填寫，若有 "0" "1" 時，請註明 "數字" 或 "英文字母")									
(主) 被保險人	姓名	身分證字號		出生日期		民國	年	月	日		
	聯絡電話	(電話)		(行動電話)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	通訊地址										
※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？ <input type="checkbox"/> 是 <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"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，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)？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，如勾選是者，請提供相關文件。											
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)										
	姓名	身分證字號		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					
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同要保人		聯絡電話								
保險期間		自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止 (不足 24 小時以一日計算)									
旅遊地點		<input type="checkbox"/> 國內 <input type="checkbox"/> 國外 (地區/國家：)									
特定活動 (依實際從事活動填寫)		<input type="checkbox"/> 第 1 類：滑翔傘(翼)、飛行傘、拖曳傘、高空跳傘、攀岩/冰、馬術、武術比賽、潛水、空中攝影。請填寫： <input type="checkbox"/> 第 2 類：第 1 類以外之活動。請填寫：									
保障項目		保險金額 (新台幣)		計畫 A	計畫 B	計畫 C	計畫 D	計畫 E	計畫 F		
				15 足歲~未滿 80 足歲	15 足歲~未滿 70 足歲		未滿 15 足歲				
特定活動身故失能保險金 (未滿 15 足歲者，僅給付失能保險金)				100 萬元	200 萬元	300 萬元	500 萬元	100 萬元	200 萬元		
特定活動傷害醫療實支實付型保險金				10 萬元	20 萬元	30 萬元	50 萬元	10 萬元	20 萬元		
緊急救援	海外活動緊急救援	親友前往探視或處理善後所需之費用、醫療運送費用、搜索救助費用、遺體移送費用		30 萬元							
	國內活動緊急救援	親友前往探視或處理善後所需之費用、醫療運送費用、搜索救助費用									
總保險費 (新台幣)		繳費方式： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 匯款		(主) 被保險人計畫別：				總投保人數： 人			

【(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(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。
- 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。

- 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」之內容及約定最高給付金額為新台幣 200 萬元。
- 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。
- 要保人於填寫要保書時，對於保單條款樣本或影本、投保須知及個人資料保護法說明之資料應收訖並審閱。

本要保書內所載事項均屬事實，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，本公司得依保險法第 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。

要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

(未滿 7 足歲由法定代理人簽名) (未滿 20 足歲者須加法定代理人簽名)

申請日期：中華民國 年 月 日

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	業務員簽名	業務員登錄字號	業務員電話	



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.wunion.com 免費申訴電話：0800-024-024

旺旺友聯產物特定活動綜合保險被保險人名冊

要保單位：

日期：____年____月____日

序號	中文姓名 <small>*未滿7足歲由法定代理人代簽</small>	出生日期	身份證字號	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？	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)】
	英文姓名 <small>*赴申根公約國或申請英文投保證明時填寫，請與護照相同</small>		護照號碼 <small>*赴申根公約國時填寫</small>				姓名及身分證字號	與被保險人關係	聯絡電話/聯絡地址	
1	同首頁(主)被保險人	同首頁(主)被保險人	同首頁(主)被保險人	同首頁(主)被保險人		同首頁	同首頁(主)被保險人	同首頁(主)被保險人	同首頁(主)被保險人	同首頁(主)被保險人
2				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
3				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
4				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
5				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
6				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
7				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
8				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
9				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
10				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
11				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
12				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						

註。
※如檢附名冊資料投保者，敬請自行加印「被保險人名冊」，連同要保書一併交予核保人員。

※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。