



旺旺友聯產物保險股份有限公司
Union Insurance Co., Ltd.

台北市忠孝東路 4 段 219 號 12F TEL: (02)2776-5567 FAX: (02)2741-5403

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

旺旺友聯產物登山綜合保險要保書

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。
- 109.12.31 (109) 旺總精算字第 1972 號函送保險商品資料庫

保險單號碼	字第	號(本公司填)	□新保 □續保，原保單號碼：	
要保人			統一編號	
通訊地址	□□□		電子信箱	
負責(代表)人	承辦人		聯絡電話	
被保險人資料	共 人(詳投保名冊) ※被保險人目前是否受有監護宣告? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，如勾選是者，請提供相關文件。		傳真號碼	
保險期間	自民國	年	月	日
			時計	天(最長 30 天為限)
活動資料	活動名稱			
	活動內容			
	活動地點			
承保項目		每人保險金額 (新台幣)	核定總保險費 (新台幣元)	
意外身故及失能保險金 *意外事故發生時被保險人未滿 15 足歲者，僅給付失能保險金。		萬元		
實支實付醫療保險金		萬元		
緊急救援費用保險金		萬元		
其他約定事項				
要(被)保人聲明事項				
<p>(一) 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。</p> <p>(二) 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。</p> <p>(三) 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。</p> <p>(四) 本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。</p> <p>(五) 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分不負給付責任。</p>				
<p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>				
要保人(代表人)簽章：			日期：	

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：	

被保險人投保明細											
編號	被保險人姓名	出生年月日	身分證字號	死亡失能保險金 (十五足歲 以上適用)	失能保險金 (未滿十五 足歲適用)	實支實付 醫療保險金	緊急救援 費用保險金	被保險人目前是否受有 監護宣告(請勾選)? 勾選是者,請提供。	被保險人簽名 (親簽)	法定代理人簽名	保險費
1	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			萬	萬	萬	萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
住所							聯絡電話		加保日		退保日
身故 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 (請填下欄聯絡地址與電話)·姓名: _____ 與被保險人的關係: _____ (分配方式 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位) 聯絡地址: _____ 聯絡電話: _____										
2	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			萬	萬	萬	萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
住所							聯絡電話		加保日		退保日
身故 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 (請填下欄聯絡地址與電話)·姓名: _____ 與被保險人的關係: _____ (分配方式 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位) 聯絡地址: _____ 聯絡電話: _____										
3	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			萬	萬	萬	萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
住所							聯絡電話		加保日		退保日
身故 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 (請填下欄聯絡地址與電話)·姓名: _____ 與被保險人的關係: _____ (分配方式 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位) 聯絡地址: _____ 聯絡電話: _____										
4	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			萬	萬	萬	萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
住所							聯絡電話		加保日		退保日
身故 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 (請填下欄聯絡地址與電話)·姓名: _____ 與被保險人的關係: _____ (分配方式 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位) 聯絡地址: _____ 聯絡電話: _____										
5	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			萬	萬	萬	萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
住所							聯絡電話		加保日		退保日
身故 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 (請填下欄聯絡地址與電話)·姓名: _____ 與被保險人的關係: _____ (分配方式 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位) 聯絡地址: _____ 聯絡電話: _____										
6	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			萬	萬	萬	萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
住所							聯絡電話		加保日		退保日
身故 受益人	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 (請填下欄聯絡地址與電話)·姓名: _____ 與被保險人的關係: _____ (分配方式 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位) 聯絡地址: _____ 聯絡電話: _____										

《重要說明》

- 1.如身故保險金受益人係身分別之指定或要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話,本公司將以要保人最後所留之聯絡方式,作為身故保險金受益人之通知依據。
- 2.未滿 20 足歲者須加法定代理人簽名。
- 3.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。

要保人/負責人簽章:

◎保險費信用卡授權書：以下欄位皆為必填欄位，請以正楷填寫

信用卡資料 (必填)	卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡			發卡銀行	_____	
	卡號	_____ - _____ - _____			有效日期	_____月_____年止(西元)	
授權人資料 (即持卡人)	姓名 (必填)	_____		身分證字號 (必填)	_____		
	持卡人與 保戶關係 (必填)	請擇一勾選：(選擇2-3者，須檢附關係證明) 1. 授權人為 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 受益人 2. 授權人為 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 要保人之以下關係： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> (外)祖父母 <input type="checkbox"/> (外)孫子女 3. 要保人為法人，授權人為法人之以下關係： <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 員工				保險費金額：(必填)	_____元
持卡人簽名： (必填)		(須與信用卡簽名相同)			要保人簽名： (必填)		(要保人簽名需與要保書相同)
<p>信用卡扣繳授權約定條款：1. 持卡人同意以信用卡支付上開發帳金額予旺旺友聯產物保險股份有限公司(下稱本公司)並保證所填資料均詳實無訛。 2. 扣款交易若未獲發卡機構核准，則本簽帳單自動失效，本公司得再行收費。3. 持卡人同意本項交易日後若有退費，將退給要保人。</p>							

以下由招攬業務人員填寫

旺旺友聯產物保險股份有限公司

109.05版

保險需求及適合度分析評估暨業務員報告書(人身保險)

投保險種： 傷害險 旅平險 健康險 其他

要保人與被保險人關係： 本人

<p>要保人/要保單位</p> <p>要保人姓名/單位名稱：_____</p> <p>國籍/法人註冊地：<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____ (國名)</p> <p>職業/法人行業別：<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 非一般職業(註1)</p> <p>客戶屬性：<input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(註2)</p> <p>法人負責人：_____</p>	<p>被保險人 (同要保人可免填以下欄位)</p> <p>被保險人姓名：_____</p> <p>國籍：<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____ (國名)</p> <p>職業：<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 非一般職業(註1)</p>
---	---

001 律師(或其合夥人/受僱人)	004 軍火商不動產經紀人	007 外交人員、大使館、辦事處	010 寶石及貴金屬交易商	013 基金會	014 協會
註1 002 會計師(或其合夥人/受僱人)	005 融資及從業人員	008 虛擬貨幣的發行者或交易商	011 藝術品/古董交易商	015 博奕產業/公司	
003 公證人(或其合夥人/受僱人)	006 寺廟、教會從業人員	009 當舖業	012 拍賣公司	016 匯款公司、外幣兌換所	

(1) 依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構：
國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構；

註2 國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。

(2) 要保人或被保險人為法人，接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五十萬元以上。

註3 本報告書之部分問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。

註4 國籍、職業/行業如涉及雙重國籍或多重職業別者，得複選。

註5 法人負責人或代表人，原則應與要保書上所記載一致，即為董事長或總經理。

註6 要保人多人時，請個別填寫報告書，若被保險人為多人時，以母公司、總機構之資訊及行業為準，自然人填一張為代表。

- 要保人/被保險人和業務員的關係： 本人 親戚 客戶 朋友 招攬前不認識 其他_____
- 招攬經過： 續保業務 職域開拓 招攬投保 親友介紹 他人轉介 主動投保 其他_____
- 要保人與被保險人投保目的及需求： 保障 子女教育經費 退休規劃 房屋貸款 員工福利 其他_____
- 要保人繳交保險費之資金來源： 工作收入 投資收入 退休收入 貸款 保單解約 保單借款 其他_____
- 要保人與被保險人是否於三個月內已辦理終止契約、貸款或保單借款之情形？..... 是 否
- 要保人購買本商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序？..... 是 否
- 要保人過去一年內是否居住於中華民國境外超過半年以上？如勾選是，請說明居住國家(地區)：_____ 是 否
- 要保人、被保險人是否現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務？如勾選是，請說明：_____ 是 否
- 要保人、被保險人財務狀況：(團體保險不須填寫此項)
要保人年收入或財務狀況： 25萬以下 26萬-50萬 51萬-100萬 101萬-150萬 150萬-200萬 其他_____
被保險人年收入(同要保人免填)： 25萬以下 26萬-50萬 51萬-100萬 101萬-150萬 150萬-200萬 其他_____
*若被保險人為未成年人/學生時，請改填其父母或法定代理人年收入總和。
- 家中主要經濟來源者與被保險人關係： 本人 配偶 父母 子女 其他_____
- 要保人與被保險人是否已投保或正在投保其他商業保險？如勾選是，請說明公司名稱：_____ 是 否
- 身故受益人是否指定為配偶、直系親屬、或指定為法定繼承人(其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定)？
若勾選否，請說明原因_____ 是 否
- 招攬時是否已確認要保人與被保險人及被保險人與受益人之關係？..... 是 否
- 招攬時已親晤要保人、被保險人及法定代理人，並確認此文件係由要保人、被保險人及法定代理人親自簽名無誤？... 是 否
- 招攬時已瞭解要保人、被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可足資傳遞電子文件之聯絡方式？ 是 否
- 業務人員補充說明其他有利於核保之資訊(若無可免填)：_____

業務員招攬聲明事項：

- 本人已充分瞭解要保人及被保險人之基本資料，要保書之被保險人姓名、身分證字號、生日、職業及告知事項，確經本人當面向要、被保險人說明並核對身分證件(身分證、護照、駕照、或其他足資證明其身分文件等)，且由要、被保險人親自填寫要保書及簽名無誤。
- 本人於招攬時已向要、被保險人說明本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險之內容。
- 本人向要、被保險人招攬時，已評估其收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額之相當性，要保人確已瞭解其所繳保費係用以購買保險商品，並於面見要、被保險人後作成本保險需求及適合度分析評估暨業務員報告書，本人確認上述事項已據實回答，如有不實致旺旺友聯產險受損害，本人願負賠償責任，特此聲明。

業務員簽名：_____ 保經代簽署人章：_____ 年_____月_____日