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.wwunion.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。

110.12.30(110)旺總精算字第 2362 號函備查

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? □否 □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	萬元	
意外喪葬費用及失能保險金（未滿 15 足歲適用）	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

(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。

(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。

(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。

(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。

(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。

※ 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。

※ 配合保險法 107 條規範，對於未滿 15 足歲者之喪葬費用保險金最高限額 61.5 萬元。(人壽保險、傷害保險、旅行平安保險及人壽保險、傷害保險、旅行平安保險之綜合型保險合併計算)。

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)	喪葬費用 失能保險金 (未滿十五足歲)	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（未滿十五足歲者適用)				保險費
										簽名	出生日	國籍	與被保險人關係	
1	□男□女			萬	萬	萬	萬	是□ 否□						
住 所					聯絡電話			**加保日**		身分証字號：				
身故 受益人	□法定繼承人 □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 □均分□順位) 聯絡地址： 聯絡電話：									加保日： 退保日：				
2	□男□女			萬	萬	萬	萬	是□ 否□						
住所					聯絡電話			**加保日**		身分証字號：				
身故 受益人	□法定繼承人 □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 □均分□順位) 聯絡地址： 聯絡電話：									加保日： 退保日：				
3	□男□女			萬	萬	萬	萬	是□ 否□						
住所					聯絡電話			**加保日**		身分証字號：				
身故 受益人	□法定繼承人 □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 □均分□順位) 聯絡地址： 聯絡電話：									加保日： 退保日：				
4	□男□女			萬	萬	萬	萬	是□ 否□						
住所					聯絡電話			**加保日**		身分証字號：				
身故 受益人	□法定繼承人 □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 □均分□順位) 聯絡地址： 聯絡電話：									加保日： 退保日：				
5	□男□女			萬	萬	萬	萬	是□ 否□						
住所					聯絡電話			**加保日**		身分証字號：				
身故 受益人	□法定繼承人 □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 □均分□順位) 聯絡地址： 聯絡電話：									加保日： 退保日：				

《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。

4.配合保險法 107 條規範，對於未滿 15 足歲者之喪葬費用保險金最高限額 61.5 萬元。(人壽保險、傷害保險、旅行平安保險及人壽保險、傷害保險、旅行平安保險之綜合型保險合併計算)。

要保人/負責人簽章：