

麻煩請填妥資料並簽名後回傳至02-2577-1228辦理。謝謝

旺旺友聯產物保險股份有限公司 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

旺旺友聯產物傷害保險要保書

104.08.04 (104) 旺總精算字第 0833 號函送保險商品資料庫

※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。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。

保單號碼	字第	號	續保號碼	號	代號	7V				
要保人	姓名	身分證字號	出生日期	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	聯絡電話	行動電話: (宅)		(公)		分機				
	聯絡地址	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						
被保險人	姓名	身分證字號	出生日期	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	聯絡地址	聯絡電話								
	任職機構	職稱	工作內容	兼職						
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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? 如勾選是者, 請提供。 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>						
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)									
	受益人姓名	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	聯絡電話								
保險期間				自民國 年 月 日午夜十二時起為期一年				合計保險費(新台幣)		元

給付項目	保險金額(新台幣)		
	<input type="checkbox"/> A 計畫	<input type="checkbox"/> B 計畫	<input type="checkbox"/> C 計畫
*一般意外身故、殘廢保險金	100萬元	200萬元	300萬元
*傷害醫療保險給付(實支實付型)	2萬元	3萬元	5萬元
*傷害醫療保險給付(日額型)/最高90天(含骨折未住院)	1,000元/日	1,000元/日	1,000元/日
*加護病床保險金/30天	1,000元/日	2,000元/日	3,000元/日
*燒傷病床保險金/30天	1,000元/日	2,000元/日	3,000元/日
*傷害住院慰問金(每次住院需達3天(含)以上)	2,000元/次	2,000元/次	2,000元/次
*救護車運送保險金	2,000元	2,000元	3,000元
*意外門診手術保險金/	500元/次	500元/次	1,000元/次
*食物中毒慰問金	1,000元/次	2,000元/次	2,000元/次
*大眾運輸意外事故保險金	500萬元	1,000萬元	1,500萬元
*火災意外事故保險金	200萬元	400萬元	600萬元
*地震意外事故保險金	200萬元	400萬元	600萬元
*電梯意外事故保險金	200萬元	400萬元	600萬元

投保種類: 旺旺友聯產物傷害保險(個人暨家庭型), 【旺旺友聯產物傷害保險(個人暨家庭型) 傷害醫療保險給付(實支實付型)、(日額型)等附加條款】, 旺旺友聯產物金旺個人傷害保險, 【旺旺友聯產物金旺個人傷害保險傷害醫療保險、特定意外傷害事故保險金等附加保險】, 旺旺友聯產物金滿意個人傷害保險。

<p>【要(被)保險人聲明事項】</p> <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。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列本人資料轉送產、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(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。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保險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。</p>	<p>【注意事項】</p> <p>1. 「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」(99.02.24(99)旺總企字第 0233 號函備查) 內容約定最高給付金額為新台幣 200 萬元。</p> <p>2. 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, 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>3. 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。</p> <p>4. 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>
--	---

<p>【要(被)保險人告知事項】 (以下欄位請由要保人及被保險人親自勾表示告知)</p> <p>1 過去二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(指收縮壓 140mmHG、舒張壓 90mmHG 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症。(3)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。(4)糖尿病。(5)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。</p> <p>2 目前身體機能是否有下列障害? (1)失明。(2)是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥, 且一目視力矯正後, 最佳矯正視力在萬國視力表 O、三以下。(3)聾。(4)是否曾自耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥, 且單耳聽力喪失程度在五十分貝 (dB) 以上(5)啞。(6)咀嚼、吞嚥或言語機能等障害。(7)四肢(含手指、足趾) 缺損或畸形。</p>	<p>是 否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>※告知事項答「是」者, 請詳細說明原因、病名、醫院名稱、診治經過及時間、治療結果及有無復發、目前狀況, 說明:</p>
---	--	--

【自動續約附加條款同意事項】 (旺旺友聯產物金旺個人傷害保險、旺旺友聯產物金滿意個人傷害保險、旺旺友聯產物傷害保險(個人暨家庭型)之自動續約附加條款)
 要保人茲約定旺旺友聯產物保險公司自動續約附加條款, 由旺旺友聯產物保險公司依本附加條款之約定, 對上列投保項目逐年辦理自動續約。 同意 不同意

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

申請日期: 中華民國 年 月 日 (未滿 20 足歲者須加法定代理人簽名)

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
核定	承辦人員	維護人員編	公司別	業務員簽名	業務員登錄字號	安業保代
收件通報編號				單位名稱/代號:		

◎保險費（信用卡）授權書

卡別： VISA MasterCard JCB 聯合信用卡 發卡銀行：_____銀行

卡號：_____ - _____ - _____

有效日期：_____月_____年止（西元） 保險費金額：_____元

持卡人身分證字號：_____ 持卡人與要保人關係：_____

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簽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。

持卡人簽名：_____（須與信卡簽名相同，且此簽章表已詳閱並同意本約定條款）

本公司(旺旺友聯產物保險股份有限公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)第8條規定，於蒐集 台端所有之個人資料時應先告知事項如下，敬請 台端詳閱：

一. 蒐集目的：使用信用卡繳納保險費。二. 類別：包括姓名、身分證字號、出生年月日、信用卡種類、信用卡卡號、信用卡有效期、聯絡方式(如住址、電話)。三. 利用之期間、地區、對象及方式：(一) 期間：保險法及其相關法令所定個人資料蒐集之特定目的存續期間、本公司提供保險商品或服務之契約期間或本公司執行保險業務所必須之保存期間及保存年限。(二) 地區：1. 中華民國境內。2. 因辦理財產保險通關業務需要之第三方所在境外地區。(三) 對象：1. 本公司、與本公司簽訂合作推廣契約之保險代理人、保險經紀人、因辦理財產保險相關業務需要之第三方。2. 財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、產/壽險同業公會、關貿組織、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金，及其他依法令或主管機關要求所為之通報機構。3. 配合提供予依法令執行之公務機關。(四) 方式：1. 電子文件、紙本或其他合於當時科技之適當方式。2. 本公司為符合個資法第20條規定之利用。四. 台端就本人之個人資料得行使下列權利，並應至本公司所屬各單位、服務據點(請參閱本公司官網)或電洽免付費之客服專線 0800-024-024 辦理：(一) 得向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本，但本公司依法令相關規定得酌收必要成本費用。(二) 得向本公司請求補充或更正，惟 台端應以書面為之並作適當之說明。(三) 得向本公司請求停止蒐集、處理及利用及請求刪除。惟依法本公司因法令、保險契約或執行保險相關業務所必需者，則不在此限。五. 本公司基於上述原因而需蒐集、處理或利用 台端之個人資料時， 台端可自由選擇是否提供，惟若選擇不提供或是提供不完全時，基於健全產險業務之執行，本公司將可能無法提供完善之服務。