



# 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.wunion.com](http://www.wunion.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契約各項權利義務條款後，再行簽單。  
 ※本保險條約與本保險單之內容，如有任何不一致之處，應以本保險條約之內容為準。  
 ※本保險條約與本保險單之內容，如有任何不一致之處，應以本保險條約之內容為準。  
 ※本保險條約與本保險單之內容，如有任何不一致之處，應以本保險條約之內容為準。  
 107.11.30(107)旺總精算字第 1772 號函備查  
 108.12.31 依據 108.04.09 金管保壽字第 10804904941 號函運修  
 108.12.31 依據 108.06.21 金管保壽字第 10804920500 號函運修

### 旺旺友聯產物新旅行綜合保險(海外型)要保書

保單號碼		1 2 _____ - _____ NTA _____		旅遊地區		_____	
保險期間		自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時起至民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時止，共計 _____ 天		<input type="checkbox"/> 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	出生 年月日	代表人(負責人)	
	聯絡地址 (住所)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<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 _____	
保單型式		<input type="checkbox"/> 紙本保單 <input type="checkbox"/> 電子保單(E-mail)：		國籍 <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____		與被保險人關係	
被保險人	姓名	身分證統一編號 或護照號碼		性別	出生 年月日	合計人數：共 _____ 人，或另附名冊 <input type="checkbox"/>	
	聯絡地址 (住所)	<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址(住所)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		1. 就本次旅行，被保險人是否已投保其他旅行平安保險： <input type="checkbox"/> 是 公司名稱：_____ 投保金額：_____； <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 是 公司名稱：_____ 保險金額：_____； <input type="checkbox"/> 否 3. 被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？ <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 如勾選是者，請提供相關證明文件。	
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相關規定) 或 <input type="checkbox"/> 指定受益人		國籍 <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____		※分配方式： <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位(請註明順序)	
受益人姓名		身分證統一編號 或護照號碼		與被保險人關係		<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"/> 同要保人聯絡地址(住所)		聯絡電話		_____	
承保項目		身故或失能保險金(限滿 15 歲以上者投保適用)		_____ 萬元			
		失能保險金(限未滿 15 歲者投保適用)		_____ 萬元			
		旅行傷害醫療保險金		<input type="checkbox"/> 0 萬 <input type="checkbox"/> 3 萬 <input type="checkbox"/> 5 萬 <input type="checkbox"/> 10 萬 <input type="checkbox"/> 150 萬(限申根 A 型)			
		<input type="checkbox"/> 海外 A 型 <input type="checkbox"/> 申根 A 型 <input type="checkbox"/> 便利 A 型 <input type="checkbox"/> 健康 A 型 <input type="checkbox"/> 陽春 A 型 <input type="checkbox"/> 平安 A 型					
◎旅行不便保險		<input checked="" type="checkbox"/> 詳如下列		<input checked="" type="checkbox"/> 詳如下列		<input checked="" type="checkbox"/> 詳如下列	
◎海外突發疾病醫療保險		<input checked="" type="checkbox"/> 詳如下列		<input checked="" type="checkbox"/> 詳如下列		<input checked="" type="checkbox"/> 詳如下列	
◎旅行傷害慰問金補償保險				無		無	
1. 旅行傷害住院慰問金				NT\$ 5,000.-		無	
2. 旅行傷害身故慰問金				NT\$ 10,000.-		無	
◎重大燒燙傷保險				身故或失能保險金之 25%		無	
◎第三人責任保險(自負額：無)				身故或失能保險金之 10%		無	
※海外突發疾病醫療保險：海外 A 型、健康 A 型一同旅行傷害醫療保險金、申根 A 型-NT\$1,000,000.- 1. 海外突發疾病住院醫療保險金：「海外突發疾病醫療保險金額」乘上「海外特定地區限額調整係數表」之調整係數所得金額(實支實付) 2. 海外突發疾病門(急)診醫療保險金：「海外突發疾病醫療保險金額」乘上「海外特定地區限額調整係數表」之調整係數所得金額之 0.5%(實支實付) 3. 海外突發疾病住院補償保險金：依實際支付「海外突發疾病住院醫療保險金」之 10% ※旅行不便保險： <input checked="" type="checkbox"/> 海外旅程取消費用保險 NT\$ 50,000.- <input checked="" type="checkbox"/> 海外旅程縮短費用保險 NT\$ 20,000.- <input checked="" type="checkbox"/> 海外旅程更改費用保險 NT\$ 20,000.- <input checked="" type="checkbox"/> 海外探病費用保險 NT\$ 100,000.- <input checked="" type="checkbox"/> 海外班機延誤未接補償保險 NT\$ 2,000.- <input checked="" type="checkbox"/> 海外班機改降補償保險 NT\$ 2,000.- <input checked="" type="checkbox"/> 海外旅行文件損失費用保險 NT\$ 5,000.- <input checked="" type="checkbox"/> 海外班機劫持慰撫金補償保險 NT\$ 10,000.- <input checked="" type="checkbox"/> 海外行李延誤補償保險 NT\$ 2,000.- <input checked="" type="checkbox"/> 海外行李損失補償保險 NT\$ 10,000.- <input checked="" type="checkbox"/> 海外旅程延誤補償保險 NT\$ 10,000.- (每滿四小時補償 5,000 元，上限 10,000 元)							
繳費別：躉繳		保險費合計新台幣：		_____ 元			
【(要) (被) 保險人聲明事項】				【注意事項】		承保收件欄	
1. 本人(被保險人)同意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. 本人已閱明瞭該公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解該公司蒐集、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)已知悉並明確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出具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保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，而旺友聯產物保險公司仍承保者，旺友聯產物保險公司對同一保險事故仍應依各該保險條約約定給付責任。如有重複投保而未通知旺友聯產物保險公司者，同意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。				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、簽署。 3. 投保本公司新旅行綜合保險(海外型)者須加有「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二百萬元為限。 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. 健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將退還未到期保險費給要保人。 6. 本人已閱明瞭該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。 7. 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。		收件通報編號 _____	
要保人簽名：_____		法定代理人簽名：_____		公司名稱：_____		電傳人：_____	
被保險人簽名：_____		申請日期：_____年 _____月 _____日 時		電話：_____		傳真：_____	
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		業務員簽名		業務員登錄字號	
		經手人員編 _____					
		公司別 _____					
				單位名稱/代號：_____			

## 旺旺友聯產物新旅行綜合保險(海外型)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)		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 法定繼承人										
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 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。