



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

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

本保險商品為非保證續保之保險商品。

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。查閱本公司資訊公開說明文件，請上本公司網址，或至本公司索取。

114.10.01旺總精算字第1140002344號函備查

旺旺友聯產物新旅行綜合保險(海外型)要保書

保單號碼		120014NTAB041511		旅遊地區		日本						
保險期間		自民國 114 年 12 月 4 日 00 時起至民國 114 年 12 月 8 日 23 時止，共計 5 天						☐ 英文投保證明(檢附英文姓名、護照號碼)				
航班資訊		出發航班		CI-CI126		轉接班機		回程航班		CI-CI103		
要保人	姓名 (單位名稱)	中華民國軟式網球協會		身分證統一編號 或護照號碼 (統一編號)	04135515		性別	出生年月日		代表人(負責人)		
	聯絡地址 (住所)	802高雄市苓雅區中正一路99號				國籍	☐ 中華民國 ☐		與被保險人關係		☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☒ 其他 團員	
	聯絡電話	077152528										
保單型式		☐ 紙本保單 ☐ 電子保單(E-mail)：										
被保險人	姓名	☐ 同要保人 魏書駿		身分證統一編號 或護照號碼	L122738512		性別	出生年月日		071-09-27		合計人數:共 10 人， 或另附名冊 ☐
	聯絡地址 (住所)	☐ 同要保人聯絡地址(住所)				國籍	☒ 中華民國 ☐		就本次旅行，被保險人是否已投保其他旅行平安保險： ☒ 否 ☐ 是；公司名稱：		投保金額：	
	聯絡電話											
	※被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? ☐ 是 ☒ 否；如勾選是者，請提供相關證明文件。											
※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 ☐ 否												
身故受益人	☒ 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 ☐ 指定受益人 ※分配方式： ☐ 均分 ☐ 順位(請註明順序)											
	受益人姓名	法定繼承人		身分證統一編號 或護照號碼			國籍	☐ 中華民國 ☐		與被保險人關係	☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他	
	聯絡地址	☐ 同要保人聯絡地址(住所)										

承保範圍：新旅行綜合保險(海外H1型(300萬-1000萬)) — (詳列如下)

險種內容：◎意外身故或失能保險金：3,000,000

◎旅行傷害醫療保險金：300,000

◎重大燒燙傷保險-意外身故或失能保險金之：25%

◎旅行傷害身故慰問金：10,000

◎旅行傷害住院慰問金：5,000

◎第三人責任保險-意外身故或失能保險金之：10%

◎海外旅程取消保險：60,000

◎海外旅程更改保險：30,000

◎海外探病費用保險：200,000

◎海外旅行文件損失保險：3,000

◎海外班機劫持慰撫金保險：20,000

◎海外班機改降保險：5,000

◎海外行李損失保險：5,000

◎海外行李延誤保險：5,000

◎旅行期間居家竊盜保險：50,000

◎現金竊盜損失保險：3,000

◎信用卡盜用損失保險：50,000

◎食品中毒慰問金保險：3,000

◎班機延誤保險：10,000

◎海外突發疾病住院醫療保險金：300,000

◎海外突發疾病急診醫療保險金：15,000

◎海外突發疾病門診醫療保險金：3,000

繳費別:躉繳

繳費方式：☐ 信用卡 ☐ 匯款(現金) ☐ 支票

保險費合計新台幣：5,010 元

【要(被)保險人聲明事項】

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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自給付責任。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。

【注意事項】

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、簽章。
3. 投保本公司新旅行綜合保險(海外型)者附加有「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. 本人已審閱並知悉 貴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。

承保收件欄

※本人(要保人、被保險人)已確認聲明事項及注意事項內容，請於下方欄位簽名。

※本人(要保人、被保險人)知悉保險商品之「要保書填寫說明」、「保單條款」、「投保人須知」均得於填寫要保書前至旺旺友聯產物保險公司官網查詢或洽客服諮詢；填寫要保書時，是否已於簽署前詳細審閱上開文件，且充分了解前述文件內容，並同意遵守之。(請勾選並於下方欄位簽名)…☐ 是

要保人簽名：

法定代理人簽名：

公司名稱：

電傳人：

收件通報編號

被保險人簽名：

申請日期：

年

月

日

時

電話：

傳真：

旺旺友聯產物保險公司填寫欄				招攬單位填寫欄		保經、代公司簽章	
核	保	輸入	經手人員編	公司別	招攬人員簽名		招攬人員登錄字號
			6154	00Y8		AB5F547512	
			9410		單位名稱/代號：		