

疫應俱全 專案

防疫大作戰！

健康險

傷害險

法定傳染病

對抗疫情，萬事俱備

完全
守護

7

大防護

傷害險+健康險+法定傳染病－保障更完整，讓您出門在外更加安心！

本專案涵蓋意外傷害身故（失能）、重大燒燙傷、住院日額及法定傳染病補償金、負壓隔離病房、門診費用、加護病房等7項保險防護。

◎商品給付項目：

傷害險：意外身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金、重大燒燙傷保險金。

健康險：一般全日住院醫療保險金、日間住院醫療保險金、中醫住院醫療保險金、住院前後門診費用保險金、加護病房保險金、負壓隔離病房保險金、法定傳染病補償保險金、法定傳染病等待期間排除批註條款。

◎商品核准文號：

98.06.19(98)旺總企字第0954號函備查；102.08.30(102)旺總精算字第1384號函備查；
103.09.18(103)旺總精算字第1357號函備查；107.09.20(107)旺總精算字第1254號函備查；
108.12.31依據108.04.09金管保壽字第10804904941號函逕修；108.12.31依據108.06.21金管保壽字第10804920500號函逕修
109.05.15(109)旺總精算字第0704、0705、0813號函備查；
109.05.20(109)旺總精算字第0838號函備查。
109.08.25依據109.06.24金管保壽字第1090422057號函逕修；110.02.25(110)旺總精算字第0028號函備查。

※本保險商品為非保證續保之健康保險。

※本保險商品之疾病等待期為三十日。

※衛生福利部依傳染病防治法第三條公告之法定傳染病，不受「疾病」三十日等待期間之限制。

※消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率(預定附加費用率)最高45%，最低27%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話:0800-024-024)或網站(網址:www.wwunion.com)，以保障您的權益。

※消費者於投保前，應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險，如要詳細了解本商品相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話:0800-024-024)或網站(網址:www.wwunion.com)，以保障您的權益。

※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。

※本保險商品受財產保險安定基金之保障

※本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須須入住院院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，包含精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。

市場唯一獨家提供與壓病房之補償

最高可給付天數60天！

提供法定傳染病補償金

經確診罹患法定傳染病者，按投保之「法定傳染病補償保險金額」乘以下列倍數給付保險金。

第一類至第四類法定傳染病：給付保險金額之10%。

第五類法定傳染病：給付保險金額之100%。(如：新型冠狀肺炎。)

同時提供意外傷害及健康疾病，保障更完整

法定傳染病(含新冠肺炎)無等待期即刻生效，免30日等待期



投保規定

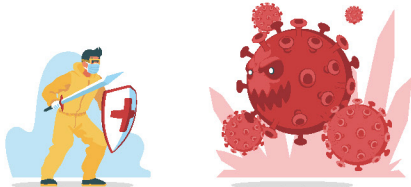
- 1.繳費年期：年繳。
- 2.保障期間：1年期。
- 3.承保年齡：0歲~69歲。
- 4.職業分類：限1-3類。
- 5.繳費方式：現金(ATM或匯款)、信用卡、支票。
- 6.保額限制：

(1) 65歲~69歲限投保計畫A、計畫B。

(2) 累計本公司健康險住院日額之限額，悉依本公司規定辦理。

備註：1.本公司保留承保與否之權利。其他未盡詳細事項依單條款辦理。

2.本保險商品為非保證續保之健康保險商品。



承保內容

承保項目		□ 計畫A		□ 計畫B		□ 計畫C			
1	一般意外身故/ 失能保險金	100萬元 (未滿15歲者限保失 能保險金)		200萬元		300萬元			
2	重大燒燙傷保險金	100萬元		200萬元		300萬元			
3	住院醫療保險金	1~90日	500元/日	1,000元/日	1,500元/日	1,500元/日	3,000元/日		
		91~180日	1,000元/日	2,000元/日	3,000元/日	3,000元/日	6,000元/日		
4	住院前後門診 費用保險金	依實際門診 日數計算		125元/日	250元/日	375元/日	375元/日		
5	加護病房保險金	最高給付60日		1,000元/日	2,000元/日	3,000元/日	3,000元/日		
6	負壓隔離病房保險金	最高給付60日		1,000元/日	2,000元/日	3,000元/日	3,000元/日		
7	法定傳染病 補償保險金	依表定計算 給付保險金		3萬元		5萬元		7萬元	
		首期	續期	首期	續期	首期	續期	首期	續期
年繳保費(以30歲男性為例)		2,153	2,265	4,303	4,526	6,453	6,787	6,453	6,787
年繳保費(以30歲女性為例)		2,168	2,285	4,332	4,566	6,497	6,847	6,497	6,847

類別	疾病名稱
第1-4類	狂犬病、天花、瘧疾、傷寒、霍亂、小兒麻痺症、日本腦炎、結核病、破傷風等。
第5類	嚴重特殊傳染性肺炎(例:新冠肺炎)、伊波拉病毒感染等。

註：如法定傳染病之疾病名稱未列於上表時，本公司按行政院衛生福利部依傳染病防治法第三條規定最新公告之第一類至第五類法定傳染病項目為給付依據。

費率表

年齡	男生						女生					
	首期			續期			首期			續期		
	計畫A	計畫B	計畫C	計畫A	計畫B	計畫C	計畫A	計畫B	計畫C	計畫A	計畫B	計畫C
0-4	1,879			2,022			1,556			1,670		
5-9	664			700			607			638		
10-14	441			457			391			405		
15-19	1,261	2,518	3,775	1,291	2,578	3,864	1,124	2,243	3,363	1,148	2,293	3,437
20-24	1,638	3,272	4,906	1,701	3,398	5,095	1,426	2,848	4,270	1,476	2,948	4,421
25-29	1,782	3,560	5,338	1,860	3,715	5,571	1,834	3,665	5,496	1,922	3,840	5,758
30-34	2,153	4,303	6,453	2,265	4,526	6,787	2,168	4,332	6,497	2,285	4,566	6,847
35-39	2,665	5,326	7,987	2,821	5,638	8,455	2,293	4,582	6,871	2,422	4,840	7,259
40-44	2,987	5,970	8,954	3,173	6,341	9,510	2,379	4,755	7,130	2,515	5,026	7,537
45-49	3,116	6,229	9,342	3,311	6,618	9,925	2,505	5,006	7,507	2,652	5,300	7,948
50-54	3,233	6,463	9,693	3,439	6,874	10,309	2,663	5,322	7,981	2,821	5,638	8,455
55-59	3,349	6,694	10,038	3,564	7,125	10,686	2,740	5,476	8,213	2,902	5,800	8,698
60-64	3,816	7,629	11,442	4,071	8,138	12,205	3,092	6,180	9,268	3,282	6,561	9,840
65-69	4,905	9,806		5,253	10,502		3,923	7,843		4,182	8,360	

投保須知

茲依「金融消費者保護法」及「金融服務業提供金融商品或服務前說明契約重要內容及揭露風險辦法」之規定，旺旺友聯產物保險股份有限公司(下稱本公司)敬告要(被)保險人於投保前須特別注意下列事項：

- 一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知其授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。
- 二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，若違反保險法第64條告知義務時，保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。
- 三、要(被)保險人對於保險契約權利行使、變更、解除及終止之方式：
 - (一) 權利行使：被保險人於保險期間內發生保險事故並致生損害時，應依保險法相關法令與投保商品契約條款之規定及程序，向本公司辦理理賠事宜。
 - (二) 契約變更：
 - 1.要保人得隨時向本公司提出契約變更，除法令另有規定或契約另有約定者外，非經雙方書面同意且經本公司簽批者不生效力。
 - 2.保險契約條款有停效約定者，本公司於契約停效期間不負給付保險金責任。
 - (三) 契約解除及終止：
 - 1.保險契約當事人之一方違背契約條款時，他方得解除契約；其危險發生後亦同。
 - 2.保險契約得經要保人通知而終止之，保險契約終止時，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率計算已經過期間之保險費後，將未滿期保險費退還要保人，相關計算方式詳閱保單條款。
- 四、本公司對於保險契約之重要權利、義務及責任：本公司依據經主管機關核定之各項保險費率收取保險費，在承保保險事故發生時，依相關法令、契約條款之約定及承保之責任，對請求權人、被保險人或受益人負擔賠償之義務。
- 五、要(被)保險人應負擔之費用及違約金(包括收取時間、計算及收取方式)：要(被)保險人除繳交保險費外，無須繳交其他任何費用及違約金。
- 六、本公司保險商品悉依保險相關法令辦理，並受有財產保險安定基金之保障。
- 七、因本保險商品或服務所生紛爭之處理及申訴管道：本公司免費申訴電話0800-024-024，公開資訊網址：<http://www.wwunion.com>



(不保事項)



(不保事項)

旺旺友聯產物個人傷害暨健康保險要保書

※本保險商品為非保證續保之健康保險。 ※本保險商品之疾病等待期為三十日。

※衛生福利部依傳染病防治法第三條公告之法定傳染病，不受「疾病」三十日等待期間之限制。

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，並把握保單契約撤銷之時效(收到保單翌日起算十日內)。

110.02.25(110)旺總精算字第0028號函備查

保單號碼	12 第	號	○續保，原保單號碼：		○新保
保險期間	自民國 年 月 日 24 時起至民國 年 月 日 24 時止				

一、基本資料 (請以正楷填寫，如有塗改，請要保人於塗改處簽名確認)

要保人	姓名				出生日期	民國 年 月 日
	身分證字號				與被保險人之關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	聯絡電話	(公) _____	(宅) _____	(行動電話) _____		
	住所 (通訊處)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
電子保單 (同意請勾選)	<input type="checkbox"/> 本人同意使用電子保單，改以電子郵件方式核發電子保單，旺旺友聯產物保險公司不另寄發實體保單。 ※若同意使用電子保單，以下欄位必填 (E-Mail 請正楷填寫，若有“0”“1”時，請註明“數字”或“英文字母”)					
	電子信箱				行動電話	
被保險人	姓名	<input type="checkbox"/> 同要保人	出生日期	民國 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 保險年齡 (本公司填寫)
	身分證字號				常駐(住)國外	<input type="checkbox"/> 是，地點：_____ <input type="checkbox"/> 否
	被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明 (請勾選)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ◎如勾選是者，請提供。					
	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。					
	聯絡電話	(公) _____	(宅) _____	(行動電話) _____		電子信箱
	住所 (通訊處)	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
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) 註：被保險人未滿 15 足歲者，本契約保險金受益人依條款所訂為被保險人本人。					
	受益人姓名				與被保險人關係	聯絡地址/電話：
	本契約各項醫療及補償保險金之受益人為被保險人本人。 被保險人身故時，如有尚未給付之保險金部分，其給付對象則依本契約條款約定。					

二、承保資料

給付項目 (NT\$)	保險金額 (NT\$)	○計畫 A	○計畫 B	○計畫 C
		a. 意外身故及失能保險金	100 萬元 (未滿 15 歲者投保限失能保險金)	200 萬元
b. 重大燒燙傷保險金	100 萬元	200 萬元	300 萬元	
c. 住院醫療保險金	1~90 日	500 元/日	1,000 元/日	1,500 元/日
	91~180 日	1,000 元/日	2,000 元/日	3,000 元/日
d. 住院前後門診費用保險金	依實際門診日數計算	125 元/日	250 元/日	375 元/日
e. 加護病房保險金	最高給付 60 天	1,000 元/日	2,000 元/日	3,000 元/日
f. 負壓隔離病房保險金	最高給付 60 天	1,000 元/日	2,000 元/日	3,000 元/日
g. 法定傳染病補償保險金	依表定計算給付保險金	3 萬元	5 萬元	7 萬元
h. 法定傳染病等待期間排除批註條款		✓	✓	✓
每人年繳保費 (NT\$)				

〈請繼續填寫下頁〉

【(要(被)保險人告知事項)】

*本要保書書面詢問之告知事項係要保人(包括被保險人)親自填寫，均屬詳實無訛，絕無隱匿或遺漏不為說明，或不實的說明之情事；本公司得依據保險法第 64 條規定，要保人或被保險人若因不誠實告知而影響本公司對危險之評估者，本公司得解除本契約，保險事故發生後亦同。

*依保險法第 127 條規定，被保險人已在疾病或妊娠中，本公司對是項疾病或分娩，不負給付保險金之責任。

1. 被保險人：身高 <input type="text"/> 公分，體重 <input type="text"/> 公斤	是	否
2. 最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 過去兩年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？ (亦可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 過去一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)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 (3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 (4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 (5)痛風、高血脂症。 (6)青光眼、白內障。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 過去五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)高血壓症(指收縮壓 140 mm /Hg 或舒張壓 90 mm /Hg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)腦中風 (腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙 (外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。(3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。(4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常 (GPT、GOT 值超過 40IU/L 以上)。(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。(6)視網膜剝離或出血、視神經病變。(7)癌症 (惡性腫瘤)。(8)血友病、白血病、貧血 (再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。(9)糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。(10)紅斑性狼瘡、膠原症。(11)愛滋病或愛滋病帶原。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 女性被保險人回答： (1)過去一年內是否曾患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？ (2)是否已確知懷孕？如是，已經幾週 <input type="text"/> ？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
*被保險人現在及過去之健康情形若有上列 2-8 項所述的情形，請詳填：病名(外傷者，含受傷部分)、就診醫院、就診大約期間、診療過程(門診或住院)、有無手術、有無後遺症。		
9. 被保險人之職業及兼業： (1)服務單位： <input type="text"/> (2)詳細工作內容： <input type="text"/> (3)兼 職： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，工作內容： <input type="text"/>		

【(要(被)保險人聲明事項)】

- 本人(被保險人)同意旺旺友聯產物保險股份有限公司(以下簡稱旺旺友聯產險公司)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。
- 本人(被保險人、要保人)同意旺旺友聯產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。
- 本人(被保險人、要保人)同意旺旺友聯產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。

【自動續約附加條款同意事項】

要保人茲約定旺旺友聯產險公司自動續約附加條款，由旺旺友聯產險公司依本附加條款之約定，對承保資料中之給付項目逐年辦理自動續約。...同意 不同意

要保人簽名：

法定代理人簽名：
(要/被保險人未成年者)

被保險人簽名：

(未滿 7 歲者由法定代理人代簽)

填寫日期： 年 月 日

【注意事項】

要保人於填寫要保書時，對於保單條款樣本或影本、投保人須知及個人資料保護法說明之資料應收訖並審閱。

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	業務員簽名	業務員登錄字號	業務員電話	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			單位名稱/代號： <input type="text"/>			

◎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)							
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。							

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