專案代號：0001-11309

旺旺友聯產物保險公司
Union Insurance Company

樂齡保2.1

限65歲以上適用

商品特色

1. 傷害住院、醫療實支實付同時給付，長輩好安心
2. 四大特定意外事故增額，給付最週全
3. 食物中毒、意外門診事故給付， 保障最貼心
4. 重大燒燙傷、燒燙傷病房住院給付，守護您最愛的親人

承保項目/計畫別		計畫A	計畫B	計畫C
意外身故及失能保險金		50萬元	80萬元	100萬元
重大燒燙傷保險金(依燒燙傷程度表比例給付)		100萬元	100萬元	100萬元
特定事故最高限額保險金(乙型)	大眾運輸意外身故及失能保險金	20萬元	30萬元	50萬元
	颱風、洪水意外身故及失能保險金	20萬元	30萬元	50萬元
	火災意外身故及失能保險金	20萬元	30萬元	50萬元
	搭乘電梯意外身故及失能保險金	20萬元	30萬元	50萬元
傷害住院療養金	最高90天	1,000元/日	1,000元/日	1,000元/日
燒燙傷病房保險金	最高20天	3,000元/日	5,000元/日	5,000元/日
傷害醫療保險給付(實支實付型) 需檢附醫療費用收據正本		5,000元	10,000元	10,000元
食物中毒慰問金		500元/次	1,000元/次	1,000元/次
意外門診手術保險金		500元/次	1,000元/次	1,000元/次
年繳保險費(NT$)	職業類別1-4類(65-79歲)	3,186元	4,524元	5,200元

商品險種名稱：
旺旺友聯產物樂齡個人傷害保險(限65歲以上適用)、
旺旺友聯產物樂齡個人傷害保險重大燒燙傷保險金附加條款、
旺旺友聯產物樂齡個人傷害保險特定意外事故增額保險金附加保險（乙型）
旺旺友聯產物樂齡個人傷害保險傷害醫療保險附加保險（乙型）

商品核准文號：
112.08.01(112)旺總精算字第0767、1107號函備查。
112.12.29(112)旺總精算字第2063號函備查。
113.09.25(113)旺總精算字第0009號函備查
113.09.25(113)旺總精算字第0010號函備查
113.07.12依據113.06.28金管保壽字第11304207572號函逕修

商品給付項目：
意外身故保險金或喪葬費用保險金、意外失能保險金、重大燒燙傷保險金、大眾運輸工具意外身故及失能保險金、火災意外身故及失能保險金、電梯意外身故及失能保險金、颱風、洪水意外身故及失能保險金、傷害醫療保險金實支實付型、燒燙傷病房保險金、住院療養金、意外門診手術保險金、食物中毒慰問金。

※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49.5%，最低25%;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。
※本商品受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傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及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。

旺旺集團
旺旺友聯產物保險公司
Union Insurance Company

台北市忠孝東路四段219號12樓
24H免費申訴電話：0800-024-024
公開資訊網址：http://www.wwunion.com/

為便利客戶表達拒絕行銷之意思表示，若您不同意收到本公司營業範圍內提供各項業務、保險商品或服務相關之行銷或優惠活動訊息，得致電本公司免費客服專線0800-024024表示拒絕接受此訊息，惟為保障客戶保險權益不中斷，本公司寄送之續保通知不在此限。

注意事項

（不保事項）

一、投保年齡限制：
　被保險人投保年齡以65~79歲為限，續保至85歲。

二、本專案要保後由核保人員審核，必要時得要求檢附傷害、疾病問卷；滿75歲者，本公司得要求加填商品專案問卷。

三、本專案每一被保險人限投保乙次，保險期間內不受理轉換（變更）其他計畫別。

四、本專案不保對象：
　被保險人如因求學、工作、經商之需要，須定居或經常出入戰亂地區、未開發國家或流行病疫區者，碰觸高壓電之水電工、建築業之泥水工、模板工、雜工、清潔工、刑警、情治調查人員及金融機構現金運送之警衛保全人員，空中吊掛作業人員及高樓外牆施工作業人員，拒保類及適用特別費率者，不予承保。

五、每一被保險人於本公司投保金額最高以500萬元為限。且每一被保險人於本公司投保之所有意外傷害（附加）保險之累計限額為2000萬元（含特定事故或加倍後之保額），若有超過此累計限額者，本公司不予承保。

六、相關年齡、保額、保費及職業等級規定，依本公司核保準則辦理，詳細承保內容詳見保單條款為主。

七、本公司保有承保與否之權利。

（以下資料請轉交要保人/被保險人知悉）

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、要保人、被保險人對於保險契約之權利行使、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及投保商品契約條款之規定及程序，向本公司申請辦理理賠事宜。

（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特約條款時，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，相關計算方式請詳閱保單條款。

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，在承保危險事故發生時，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賠償之義務。

五、要保人、被保險人應負擔之費用及違約金(包括收取時點、計算及收取方式)：要保人、被保險人除繳交保險費外，無需繳交其他費用及違約金。

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、因本公司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

八、投保時，請貴客戶務必詳閱業務員所提供保單條款或至保險業公開資訊觀測站(保險業公開資訊觀測站→單一查詢→產險→旺旺友聯產物保險股份有限公司→保險商品)查詢並詳閱本公司所揭露本保險商品保單條款至少三日。

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

旺旺友聯產物保險公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向　台端告知下列事項，請　台端詳閱：

一、蒐集之目的：
(一)財產保險(〇九三)　(二)人身保險(〇〇一)　(三)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)

二、蒐集之個人資料類別：詳如相關業務申請書或契約書內容

三、個人資料之來源（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）
（一）要保人/被保險人
（二）司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構
（三）當事人之法定代理人、輔助人
（四）各醫療院所
（五）與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：
（一）期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
（二）對象：本(分)公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
(三)地區：上述對象所在之地區。
(四)方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有　台端之個人資料得行使之權利及方式：
(一)得向本公司行使之權利：
1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
2.向本公司請求補充或更正。
3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
(二)行使權利之方式：以書面郵寄申請或至本公司各營業處辦理。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：
台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供　台端相關服務或給付。

註：上開告知事項已公告於本公司官網(www.wwunion.com)，如有任何問題歡迎洽詢本公司0800-024-024免付費專線。

Yes858幫我保
傳真(02)3233-2264

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 12 樓 電話：(02)2776-5567 傳真：(02)2741-5403
有關本公司公開資訊，請見本公司網址：http://www.wwunion.com 免費申訴電話：0800-024-024

旺旺友聯產物樂齡個人傷害保險(限 65 歲以上適用)要保書

※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。
※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。
※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。
※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。
※本商品受保險安定基金之保障。

113.09.25(113)旺總精算字第 0009 號函備查

保單號碼	12 字第		號本單係		號續保	受理號碼	
保險期間 (必填欄位)	自民國 年 月 日 24 時起一年（生效日期不可早於申請日期）					
要保人(必填欄位)	姓名		身分證字號		出生日期	民國 年 月 日
	性別	□男 □女	國籍	□本國籍 □外國籍_____	與被保險人關係	□本人 □配偶 □子女 □父母 □其他_____
	聯絡電話	手機：	（宅）		（公）	
	聯絡地址	□□□ 郵遞區號必填				
	保險單寄送方式	□同意保單型式爲電子保單(請提供下方行動電話或電子信箱)；若無法寄送電子保單時，將改發紙本保單。				
		行動電話 (必填欄位)		電子信箱 (請正楷填寫)		
被保險人(必填欄位)	□同要保人（可免填被保險人與要保人相同之欄位）					
	姓名		身分證字號		出生日期	民國 年 月 日
	性別	□男 □女	國籍	□本國籍 □外國籍_____		
	聯絡電話	手機：	（宅）		（公）	
	聯絡地址	□□□ 郵遞區號必填				
	※被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）？如勾選“是”者，請提供相關文件。					□是 □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）？**如勾選“是”者，請提供文件。**					□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（請填寫下欄受益人資料，若受益人為二人以上時請填寫身故保險金給付方式，如未填寫視同均分；**非配偶或直系血親者須提供相關文件**）
※分配方式：□均分 □順位（請註明順序） □比例（請註明填寫）

序號	姓名	身分證字號	與被保險人關係	順位/比例填寫	聯絡電話	聯絡地址
1						
2						
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。

【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（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。

※要保書之聲明事項及告知事項應由要保人及被保險人親自確認後簽名或蓋章。

【告知事項】(以下欄位請由要保人及被保險人親自填寫及勾選☑表示告知)

※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，本公司得依保險法第 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。

被保險人之職業	任職機構		工作內容		職稱		兼職	

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。	☐是 ☐否
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，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表〇、三以下。(3)聾。(4)是否曾因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。	☐是 ☐否

※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：

【保障項目】 計畫別/保險金額(新臺幣元)

請擇一勾選☑投保計畫別		☐ 計畫 A	☐ 計畫 B	☐ 計畫 C
意外身故及失能保險金		50 萬元	80 萬元	100 萬元
重大燒燙傷保險金（依燒燙傷程度表比例給付）		100 萬元	100 萬元	100 萬元
特定事故最高限額保險金（乙型）	大眾運輸意外身故及失能保險金	20 萬元	30 萬元	50 萬元
	颱風、洪水意外身故及失能保險金	20 萬元	30 萬元	50 萬元
	火災意外身故及失能保險金	20 萬元	30 萬元	50 萬元
	搭乘電梯意外身故及失能保險金	20 萬元	30 萬元	50 萬元
傷害住院療養金	最高 90 天	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日
燒燙傷病房保險金	最高 20 天	3,000 元/日	5,000 元/日	5,000 元/日
傷害醫療保險給付（實支實付型）需檢附醫療費用收據正本		5 仟元	1 萬元	1 萬元
食物中毒慰問金		500 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次
意外門診手術保險金		500 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次
年繳保險費（新臺幣）	**職業類別 1-4 類（65-79 歲）**	**3,186 元**	**4,524 元**	**5,200 元**
繳費方式：☐信用卡 ☐現金（匯款） ☐支票		繳別：年繳	合計保險費（新臺幣）：	元

※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」之內容及約定最高給付金額為新台幣 200 萬元。

※本人（要保人、被保險人）已確認告知事項及聲明事項內容，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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 被保險人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（必填欄位）申請日期：中華民國 年 月 日

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	承辦人員（輸入）	經手人員編	營業單位	招攬人員簽名	招攬人員登錄字號	招攬人員電話	

旺旺友聯產物保險股份有限公司
Union Insurance Co., Ltd.

特別提醒事項聲明書

本人(即要保人及被保險人)茲聲明並確認已瞭解**本次申請投保含實支實付型**保險給付之商品(以下簡稱本商品)其**保險金之理賠須符合損害填補原則**，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註1)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中**相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，本公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付**。

本人(即要保人及被保險人)聲明本次投保已詳閱本聲明書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所投保商品理賠原則。

此致 旺旺友聯產物保險股份有限公司

要保人簽章：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____(註2)

被保險人簽章：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____(註3)

業務員／保險經紀人（保險代理人）簽名：_____

註 1：同性質保險商品：係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如：數張實支實付型傷害醫療保險為同性質，但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

註 2：如要保人為未滿 7 歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如要保人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

註 3：如被保險人為未滿 7 歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如被保險人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

中 華 民 國　　年　　月　　日

◎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	□VISA □MasterCard □JCB □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）	聯絡電話（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□被保險人 □要保人 □受益人 2.授權人為□被保險人 □要保人 之以下關係： □配偶 □父母 □子女 □兄弟姐妹 □(外)祖父母 □(外)孫子女 3.要保人為法人，授權人為法人之以下關係：□負責人 □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

113.07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

要保人/要保單位	被保險人（同要保人可免填以下欄位）
要保人姓名/單位名稱：_____ 國籍/法人註冊地：□本國籍 □外國籍_____(國名) 職業/法人行業別：□一般職業 □非一般職業(註1所列職業) 客　戶　屬　性(限法人勾選)：□非專業客戶□專業客戶(註2) 法人負責人：_____	被保險人姓名：_____ 國籍：□本國籍 □外國籍_____(國名) 職業：□一般職業 □非一般職業(註1所列職業)

註1
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
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博弈產業/公司
003公證人(或其合夥人/受僱人)　006寺廟、教會從業人員　009當鋪業　012拍賣公司　016匯款公司、外幣兌換所

註2
(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；
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五千萬元以上。

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。

1.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_____
2.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_____
3.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_____
4.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_____
5.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
6.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
7.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
8.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
9.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。
10.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_____
11.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
12.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
13.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
14.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
15.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：
1.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。
2.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。
3.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。

招攬人員簽名：_____　　保經、代公司簽章：_____　　____年____月____日

專案投保問卷

親愛的保戶 您好：

感謝您投保本公司商品，為進一步了解您的身體狀況，請您填寫下列問題，謝謝合作。

一、您在過去一年內是否曾經發生意外？ □有(請繼續回答下列問題) □無

1.意外次數：□1 次 □2 次 □3 次 □4 次以上

2.意外的原因：□車禍 □跌倒 □運動不慎 □浴廁滑倒 □上下樓梯 □其他_____

3.受傷狀況：□無受傷(或僅至醫院門診) □住院治療 □骨折(部位:) □顱內出血

二、活動力狀態：

1.可以在不使用輔助器下持續走路 100 公尺？ □可以 □不可以

2.可以自己用膳、如廁、梳洗、上下床、出門？ □可以 □不可以

三、健康狀態 ：

□具視覺、聽覺障礙(不限是否領有身心障礙手冊或證明)

□具精神、心智功能障礙(例如患失智症、憂鬱症、智能障礙，或有焦慮、暴躁、易怒、妄想、幻覺、自殘等症狀)(不限是否領有身心障礙手冊或證明)

□無

四、思考記憶狀態：

□正常

□輕微健忘，常遺忘事情，經過思考可以想起來，無其他困難

□中度記憶喪失，處理複雜問題有中度困難，家居生活有輕度障礙,有時需要提示

□重度記憶力喪失，時間與地點容易混淆，處理問題有重度困難

□嚴重記憶力喪失，只能辨別特定人物，沒有判斷能力，無法解決問題，需要特別照顧，不能獨處。處理問題有重度困難。

五、目前有無從事志工或固定職業？ □有(請繼續回答下列問題) □無

1.每週工作幾天：□1 天 □2 天 □3 天以上

2.每次工作時數：□1 小時 □2 小時 □3 小時以上

3.工作時的狀態：□總是站著 □須隨時走動 □總是坐著

六、目前有無運動習慣？ □有(請繼續回答下列問題) □無

1.每週運動幾天：□1 天 □2 天 □3 天以上

2.每次運動時數：□1 小時 □2 小時 □3 小時以上

3.運動型態：□健走、爬山 □慢跑 □騎乘自行車 □游泳 □公園散步

七、目前居住型態？ □與子女同宅共居 □與配偶同宅共居 □自宅獨居 **□居住護理之家、長照中心或養生村** □其它

八、目前每日生活照護型態？ □子女照護 □外藉移工自宅照護 □機構照護 □無需照護

要保人簽名： **被保險人簽名：** **填寫日期：**