

# 富邦產物『團體傷害保險』專案

## 專案特色

### ●擴大承保對象：

員工本人、配偶、未婚子女、父母（含配偶父母）。

### ●意外保障多元化：

- 基本保障：一般意外身故 100 萬~500 萬。
- 特定事故保障：搭乘大眾運輸工具增額 200 萬~1,000 萬。
- 重大傷害保障：重大燒燙傷 100 萬~500 萬。

### ●傷害醫療全方位

- 醫療定額：包含住院醫療保險金、加護病房保險金、燒燙傷病房保險金，每日 1,000 元~2,000 元不等，每次事故最高理賠金額 149,000 元。
- 醫療實支：每次事故最高 20,000 元。
- 住院慰問金保險：住院達 3 日（含）一次給付 1,000 元。
- 緊急救護費用：包含救護車費用、急診費用保險金，每次事故最高上限 1,500 元。



## 專案組合

給付項目(保險金額)		計畫一	計畫二	計畫三	計畫四	計畫五	
1	一般意外傷害	身故或殘廢	100 萬	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
2	搭乘大眾運輸工具增額保障	身故或殘廢	—	200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬
3	重大燒燙傷保險金	6 級 6 項	—	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
4	傷害住院日額	最高 90 日	1,000 元/日				
5	傷害加護病房日額	最高 45 日	1,000 元/日				
6	傷害燒燙傷病房日額	最高 14 日	1,000 元/日				
7	傷害醫療保險金(實支實付)	每次最高	2 萬	2 萬	2 萬	2 萬	2 萬
8	住院慰問保險金	每次事故	1,000 元/次				
9	緊急救護費用保險金(限額實支實付)	每次事故	1,500 元				
年繳保費	職業類別：1~2 類		950 元	1,000 元	1,600 元	2,200 元	3,400 元
	職業類別：3~4 類		1,800 元	1,900 元	3,000 元	4,200 元	—

## 【投保規則】

1. 採記名方式投保，專案內容不得拆分。
2. 職業類別限 1~4 類（不含 5、6 類），且不適用公會、協會團體，另本專案限 50 人(含)以下投保。
3. 年齡限制：被保險人本人及其配偶首年投保之承保年齡為 65 歲，續保至 70 歲止；父母（配偶父母）首年投保年齡為 70 歲，續保至 75 歲止，年齡 70 歲以上者，限投保計畫一~三；未婚且未就業之被保險人親生或養子女投保年齡為 15~23 歲。
4. 其餘未盡事宜，以本公司團體傷害保險報部條款及核保手冊為準。

商品核准名稱	商品核准字號
富邦團體傷害保險、富邦產物團體傷害保險搭乘大眾運輸工具期間意外事故多倍給付附加條款、富邦產物團體傷害保險重大燒燙傷給付附加條款、富邦產物團體傷害保險傷害醫療保險給付附加條款、富邦產物團體傷害保險加護病房保險金附加條款、富邦產物團體傷害保險燒燙傷病房保險金附加條款、富邦產物團體傷害保險住院慰問保險金附加條款、富邦產物團體傷害保險緊急救護費用給付附加條款。	92.01.22 台財保字第 0920750043 號函核准、95.11.08 富保研發字第 164 號函備查、95.11.30 (95)富保研發字第 194 號函備查、95.12.25 富保研發字第 214 號函備查、96.07.19 富保研發字第 157 號函備查、96.07.19 富保研發字第 158 號函備查、96.07.19 富保研發字第 159 號函備查、96.12.28 依金管保一字第 09602505761 號令修正、97.04.15 富保研發字第 252 號函備查、97.04.15 (97)富保研發字第 254 號函備查、97.04.15 (97)富保研發字第 255 號函備查、97.04.15 富保研發字第 256 號函備查、98.08.31 (98)富保研發個字第 073 號函送保險商品資料庫、99.03.19 (99)富保研發個字第 036 號函備查、103.02.21 依金融監督管理委員會 103.01.22 金管保壽字第 10202131810 號函修正。

(保經代專用)

## 【要/被保險人投保須知】

- 一、投保時，業務員應主動出示登錄證、告知其授權範圍及逐項說明本投保須知內容予要保人知悉；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，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。
- 三、貴客戶之權利行使、變更、解除及終止：
- (一) 權利行使
- 被保險人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約定與程序通知及向本公司申請理賠。
- (二) 契約變更
1. 保險契約之一切通知除經雙方同意得以其他方式為之者外，雙方當事人均應以書面送達對方最後所留之住址。
  2. 保險契約之任何變更，非經雙方同意且經本公司簽批者不生效力。
  3. 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之責任。
- (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，自終止之書面送達保險人之翌日起，保險契約失其效力；另契約若約定須經抵押權人同意始得變更或終止保險者，從其約定。
- 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，向請求權人、被保險人或受益人負賠償之義務。
- 五、本公司各類保險商品之重要內容，皆已登載於保單條款並以紅色或顯著字體列印，貴客戶可向本公司索取條款審閱，或於本公司網站(<http://www.fubon.com>/富邦產險/公開資訊/保險商品)進行瀏覽。
- 六、貴客戶應負擔之費用及違約金（包括收取時點、計算及收取方式）：貴客戶除繳交保險費外，無需繳交其他費用及違約金。
- 七、本公司保險商品悉依保險法令相關規定辦理，並依法受有財產/人身保險安定基金之保障。
- 八、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：
- 對於保險契約發生爭議時，得以書面或電話向本公司要求解釋或申訴，或依法向有關單位提出申訴。
- 本公司免費客戶服務專線 0800-009-888。

※ 本投保須知同步公告於本公司網站 [富邦產險客戶投保須知重要內容說明專區](#)，歡迎要/被保險人上網瀏覽。

**富邦產物團體傷害保險專用要保書**

進件 歸檔

保險單號碼					專案代號	CG-003-000001	
被保險人	姓名	詳如被保險人名冊			總投保人數	人	
	參加資格	<input type="checkbox"/> 1.指本契約所附被保險人名冊內所載之人員 <input type="checkbox"/> 2.其他：_____					
要保人	單位	代表人			統一編號		
	營業性質	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	聯絡電話	分機			傳真		
	住所（通訊）地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
保險期間		自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日零時起一年					

※未填寫視為公司全額負擔保費

保費負擔比例：員工：公司 \_\_\_\_\_ % / 員工 \_\_\_\_\_ % / 職福會 \_\_\_\_\_ % 眷屬：同員工 / 公司 \_\_\_\_\_ % / 員工 \_\_\_\_\_ % / 職福會 \_\_\_\_\_ %

承保範圍	保險金額 (NT\$)					
	計畫一	計畫二	計畫三	計畫四	計畫五	
1. 傷害保險-身故及殘廢	100 萬	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
2. 搭乘大眾運輸工具多倍給付	—	200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬	
3. 重大燒燙傷給付	—	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
4. 傷害醫療日額型-住院保險金（最高 90 日）	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	
5. 傷害醫療日額型-加護病房保險金（最高 45 日）	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	
6. 傷害醫療日額型-燒燙傷病房保險金（最高 14 日）	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	
7. 傷害醫療實支實付型（每次事故限額）	2 萬	2 萬	2 萬	2 萬	2 萬	
8. 住院慰問保險金	1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	
9. 傷害緊急救護費用給付（限額實支實付）	救護車 1,000 元	1,500 元	1,500 元	1,500 元	1,500 元	
	急診 500 元					
年繳保險費 (NT\$)	一~二類	<input type="checkbox"/> 950 元	<input type="checkbox"/> 1,000 元	<input type="checkbox"/> 1,600 元	<input type="checkbox"/> 2,200 元	<input type="checkbox"/> 3,400 元
	三~四類	<input type="checkbox"/> 1,800 元	<input type="checkbox"/> 1,900 元	<input type="checkbox"/> 3,000 元	<input type="checkbox"/> 4,200 元	—

**※要保人與被保險人聲明事項**

- 本人（被保險人）同意富邦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。
- 本人（被保險人、要保人）同意富邦產物保險公司將本要保書上載本人資料轉送產、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）同意富邦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。
- 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富邦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富邦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，而富邦產物保險公司仍承保者，富邦產物保險公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知富邦產物保險公司者，同意富邦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分不負給付責任。（投保實支實付型商品時適用）

**■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。**

**■「富邦產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」(99.02.10(99)富保研發個字第 021 號函備查)內容約定最高給付金額為新台幣 200 萬元。**

※本公司保留承保與否之權利。其他未盡詳細事項，依保單條款辦理。※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。

保經代簽署欄	保經代單位名稱	保經代單位代號	流水編號	保經代業務員簽名	登錄字號	經辦代號	出單序號	是否為直接業務	人工核保
								<input type="checkbox"/> 是 (未勾選視為非直接業務)	

※本人(要保人)已審閱並瞭解 貴公司所提供之投保須知及依「履行個人資料保護法第八條第一項告知義務內容」。

印刷版-【保經代版】(103.05)

投保單位章

負責人章

受理日期

1-FG2C0042-0





**保險費信用卡簽帳單**

※經辦人員臨櫃繳費僅限本年度保單，自動續約繳費方式變更請洽各單位作業科。

0-A90C0332-0

保單號碼	被保險人	簽單保費(簽帳金額)

信用卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AE	發卡銀行：
持卡人姓名	(請以正楷填寫)	持卡人身分證號碼：
信用卡卡號	- - -	信用卡有效期限：20 年 月止
持卡人電話	日間： 行動：	經辦：
與要保人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 <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"/> 公司負責人	電話：

持卡人已詳閱下列注意事項，對簽帳單內容均已充分瞭解，並簽名如下以同意：  
 (1)持卡人同意以信用卡支付上開發帳金額予富邦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，將退給要保人或被保險人。  
 (4)持卡人應依與發卡機構間約定期限或金額繳款，否則會發生循環利息及相關費用。  
 (5)持卡人聲明完全知悉與要保人關係，並同意以信用卡支付上開發帳內容予本公司，簽名以示同意。  
**\* 持卡人簽名：\_\_\_\_\_**  
 (請與信用卡背面簽名樣式相同)

**自動續約信用卡授權書約定事項** 首期 續期 首期及續期(未勾選視為授權首期及續期)

- 一、授權人限要保人、被保險人本人及其配偶，及要保人、被保險人本人二親等內之親屬。
- 二、授權之效力
  1. 授權人應將本授權書送達富邦產險據以辦理自動扣繳付款作業。
  2. 本授權書因填寫內容不全、錯誤或其他原因致發卡機構無法辦理代收者，不發生授權效力。
  3. 有下列各款情形之一者，除本授權書另有約定外，本授權書之效力自該情形發生之日起終止：
    - (1) 授權人與發卡機構之本授權書所指定之信用卡契約終止時。
    - (2) 發卡機構不同意授權人依指定信用卡繳交保險費予富邦產險。
    - (3) 要保人以書面通知富邦產險終止授權。
    - (4) 授權人重新填具授權書變更本授權書內容時，本授權書效力自新授權書生效後，即行終止。
  4. 本授權書之效力包括本授權書所約定之保險單。連同本授權書繳交富邦產險之要保書於經富邦產險核保並產生保單號碼後，本授權書效力亦及於該保險單。若要保人於要保書勾選同意附加自動續約附加條款時，授權人同意富邦產險於要保書所列之各險種保險期間屆滿前七日，逕行以本授權書所載明之信用卡扣款。
- 三、授權之變更
  1. 簽訂本授權書後，如繳付保險費之「信用卡」卡號變更、停用或有效期限到期時，授權人應主動以書面通知富邦產險變更；如未通知變更而致遭發卡機構拒絕給付保險費時，依本授權書及指定保單之相關規定處理。但富邦產險自行簽約之指定發卡機構遇下列情形則不在此限：
    - (1) 更換信用卡新卡(如毀損、有效期間屆滿等情形)，而未更換信用卡卡號者，本授權書不因此而失其效力。
    - (2) 因授權代繳之信用卡升等、有效期限到期、遺失而換發新卡致信用卡卡號變更者，授權人同意由發卡機構通知富邦產險變更後之信用卡卡號或有效期限，且以換發後之信用卡付款，而無須另行簽訂授權書。前述授權事項之異動內容自富邦產險收到發卡機構通知且完成變更程序後取代原授權之約定。
  2. 如發卡機構與富邦產險間之契約已終止，或因其他任何事由不同意授權人依本授權書扣繳保費時，則該「指定保單」之收費方式將自動轉換為自行繳費或富邦產險指定之收費方式。
- 四、授權人如因指定發卡機構代收金額與應繳保險費金額不符時，或對保險費率計算、變動有異議者，除依本授權書終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力。
- 五、授權人指定之信用卡不因簽名樣式變更而致使本授權關係失其效力。
- 六、授權人應確實填寫本授權書各項事項，如有冒用他人帳戶使用者，須自負法律責任。
- 七、本保險費自動扣繳付款授權書約定事項如有未盡事宜，授權人及要保人或發卡機構得與富邦產險協商修訂之。

**【授權人簽章】** \_\_\_\_\_ (如有授權自動續約者須簽名) **【申請日期】** \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 Y 信用卡展期註記  
 簽名樣式請與信用卡一致



-----以下由招攬業務員填寫-----

**富邦產險瞭解要/被保險人之需求及適合度分析評估暨業務員報告書(人身保險適用)**

要保單位名稱	代表人

1. 投保目的(可複選)：(1) 保障 (2) 員工福利 (3) 其他。
2. 要保單位財務狀況：資本額 \_\_\_\_\_萬元，成立時間：民國 \_\_\_\_\_年，員工人數： \_\_\_\_\_人，過去三年該公司平均營收： \_\_\_\_\_萬元
3. 招攬時，向要保單位確認要保單位與被保險人及被保險人與受益人之關係及身份？..... 是 否
4. 招攬時，已親晤要保單位，並確認要保書係由要保單位授權蓋章無誤？..... 是 否
5. 身故受益人指定雇主或要保單位？..... 否 是
6. 主動投保？..... 否 是

**重要內容說明及揭露-共同適用，務必勾選**

客戶屬性	1. <input type="checkbox"/> 業務員已充分瞭解要/被保險人之基本資料？
	2. <input type="checkbox"/> 業務員已瞭解要保人/單位之投保條件、投保目的及需求程度，並交由核保人員進行相關核保程序？
	3. <input type="checkbox"/> 業務員已使客戶瞭解所交保費係用購買保險商品？
	4. <input type="checkbox"/> 業務員已使客戶瞭解其投保之險種、保額與保費支出與其實際需求相當？
	5. <input type="checkbox"/> 業務員已瞭解客戶對於匯率風險之承受能力(購買以外幣收付之非投資型商品適用)？
業務報告	1. <input type="checkbox"/> 業務員已向要保人/單位說明對於本保險契約之權利行使、變更、解除及終止之方式？
	2. <input type="checkbox"/> 業務員已向要保人/單位說明本公司對於本保險契約之權利、義務及責任？
	3. <input type="checkbox"/> 業務員已向要保人/單位說明其應負擔之保險費以及母須負擔違約金及其他費用？
	4. <input type="checkbox"/> 業務員已向要保人/單位說明本保險受安定基金之保障？
	5. <input type="checkbox"/> 業務員已向要保人/單位說明本公司因本商品所生紛爭之處理及申訴管道？

註：執業之保險代理人或保險經紀人，為業務招攬時，請於業務員欄簽章。

招攬單位	業務員簽名	核保人簽章	簽署人簽章

中華民國： 年 月 日

印刷版-【團傷/團健/旅平險(集體彙繳件)】信用卡+業報 102.12 新修二版



0-B90C0362-0

富邦產物團體傷害保險被保險人名冊

保單號碼		報價單號		要保單位		要保日期	年 月 日
單位代號		單位名稱		部門代號		部門名稱	
聯絡電話		分機		傳真		E-MAIL	

序號	員工身分證號	被保險人(員工或家屬)基本資料								身故保險金受益人		投保計畫別	被保險人簽名 ※未達7足歲者由 法定代理人代簽	法定代理人簽名 ※被保險人未滿20 足歲者須加簽	是否有在保險 其他公司投資 實付之商品
		姓名	身分證號碼/ 居留證號碼	與員工之 關係	出生日期	年齡	國籍	工作內容	職業 類別	姓名	與被保險人 關係				
01							<input type="checkbox"/> 1. 本國 <input type="checkbox"/> 2. 外國								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
02							<input type="checkbox"/> 1. 本國 <input type="checkbox"/> 2. 外國								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
03							<input type="checkbox"/> 1. 本國 <input type="checkbox"/> 2. 外國								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
04							<input type="checkbox"/> 1. 本國 <input type="checkbox"/> 2. 外國								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
05							<input type="checkbox"/> 1. 本國 <input type="checkbox"/> 2. 外國								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
06							<input type="checkbox"/> 1. 本國 <input type="checkbox"/> 2. 外國								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
07							<input type="checkbox"/> 1. 本國 <input type="checkbox"/> 2. 外國								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
08							<input type="checkbox"/> 1. 本國 <input type="checkbox"/> 2. 外國								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
09							<input type="checkbox"/> 1. 本國 <input type="checkbox"/> 2. 外國								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10							<input type="checkbox"/> 1. 本國 <input type="checkbox"/> 2. 外國								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

※本人(要保人)已審閱並瞭解 貴公司所提供之投保須知及依「履行個人資料保護法第八條第一項告知義務內容」。

印刷版-【保經代版】(103.05)

- 註：1. 如未指定身故保險金受益人則本公司以法定繼承人為受益人，但殘廢保險金受益人限被保險人本人。  
2. 外籍人士投保時，須再同時提供居留證影本。  
3. 其他規定，依本公司核保準則辦理。

投保單位章

負責人章

0-FG2C0042-1



## 直接蒐集個人資料告知事項

親愛的客戶，您好：

本公司（**富邦產物保險股份有限公司**）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第八條規定，應告知下列事項，敬請 台端詳閱：

一、蒐集目的：

- （一）依保險法令規定辦理之財產保險相關業務。
- （二）其他合於營業登記項目或章程所定之業務。

二、類別：包括但不限於姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。

三、利用之期間、地區、對象及方式：

（一）期間：

個人資料蒐集之特定目的存續期間、提供金融商品或服務之契約期間或本公司執行業務所必須之保存期間、依相關法令就資料之保存所訂保存年限。

（二）地區：

- 1. 中華民國境內。
- 2. 因辦理財產保險相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、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. 符合個資法第 20 條規定之利用。

四、依據個資法第三條規定，台端就本人之個人資料得行使下列權利：

- （一）得向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本，而本公司依法得酌收必要成本費用。
- （二）得向本公司請求補充或更正，惟依法台端應為適當之釋明。
- （三）得向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除，惟依法本公司因執行業務所必需者，得不依台端請求為之。

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，唯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。

六、經 貴公司告知上開事項，本人已清楚瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人資料之目的及用途。

【註】：上開告知事項已公告於本公司官網（[www.fubon.com](http://www.fubon.com)）個人資料告知事項專區，或可撥打本公司 0800009888 客服專線查詢

要保人/被保險人（受告知人）：\_\_\_\_\_（簽章）

中華民國

年

月

日