

富邦產物傷害保險暨健康保險專用要保書

進件 歸檔

保險單號碼		續保號碼						
(主) 被保險人	姓名	身分證號碼		出生日期	年 月 日			
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	年齡			
	公司名稱	工作內容		職稱				
	副業	職業代碼		國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國			
	住所地址	E-MAIL						
	電話	住宅：	公司：	分機：	手機：			
要保人	<input type="checkbox"/> 同(主)被保險人(可免填要保人相關欄位)			E-MAIL				
	姓名	代表人	身分證號碼/統一編號	出生日期	年 月 日			
	住所(通訊)地址	與(主)被保險人關係						
	電話	住宅：	公司：	分機：	手機：			
身故受益人	序號	身故保險金受益人 <small>※未填寫則為法定繼承人</small>	與(主)被保險人關係	備註 <small>※受益人超過1人時請詳述保險金分配及順序方式，若無註明則以均分辦理</small>	序號	身故保險金受益人 <small>※未填寫則為法定繼承人</small>	與(主)被保險人關係	備註 <small>※受益人超過1人時請詳述保險金分配及順序方式，若無註明則以均分辦理</small>
	1.				2.			
	3.				4.			
	保險期間		自民國 年 月 日零時起一年					
繳費方式	繳別： <input type="checkbox"/> A.年繳 <input type="checkbox"/> S.半年繳 <input type="checkbox"/> Q.季繳 <input type="checkbox"/> M.月繳							
	首年： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 支票(限年繳) <input type="checkbox"/> 現金(限年繳) <input type="checkbox"/> 帳戶扣款(限年繳)							
	續年： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 支票(限年繳) <input type="checkbox"/> 現金(限年繳) <input type="checkbox"/> 帳戶扣款(限年繳) (未勾選視同首年繳費方式)							

承保範圍	保險金額 (NT\$)	
	計畫 A	計畫 B
	(CH-067-000001)	(CH-067-000002)
1 個人全殘身故傷害保險	50 萬	-
2 璀璨人保生險 (1)身故保險金及殘廢保險金 (2)門診實支實付傷害醫療保險金(同一事故最高賠償限額) (3)住院實支實付傷害醫療保險金(保險期間內最高賠償限額) 保險期間最高賠償限額，(1)+(2)+(3)各項保險金給付總金額	50 萬	100 萬
	2.5 萬	5 萬
	50 萬	100 萬
	50 萬	100 萬
3 傷日醫型療 住院醫療保險金(最高 90 日) 骨折未住院津貼(依骨折表折算限額) 加護病房保險金(最高 45 日) 住院生活補助金(住院診療達 3 日(含)以上)	500 元/日	500 元/日
	1.5 萬	1.5 萬
	1,000 元/日	1,000 元/日
	3,000 元/次	5,000 元/次
4 法定傳染病關懷補助保險金(同一法定傳染病給付一次)	5,000 元/次	1 萬/次
5 個人隨身攜帶物損失保險-乙型(保險期間內最高賠償金額)	1 萬	1 萬
6 輔助器具費用保險金(保險期間內最高賠償金額)	3 萬	5 萬
每一期分期保險費 (NT\$)	年繳保費×繳別係數(月繳:0.088/季繳:0.262/半年繳:0.52) <small>※誤差值以系統計算為主</small>	
年繳保險費 (NT\$)	<input type="checkbox"/> 6,115 元	<input type="checkbox"/> 9,999 元
自動續約附加條款	<input type="checkbox"/> 同意附加 (未勾選者視為不同意附加)	

1-FH0C0420-0

印刷版-璀璨人生(102.11)





■「被保險人告知事項」為保險人評估危險之依據，應由要保人與被保險人誠實告知，並親自填寫。依據保險法第六十四條規定，要保人或被保險人若因不誠實告知而影響保險人對危險之評估者，保險人得解除契約。保險事故發生後亦同。

告知事項

(主) 被保險人詳細工作內容：_____；(主) 被保險人是否兼業？如是，兼業內容：_____

下列告知事項，是否有為“是”者 是 否

1. 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？
 高血壓症（指收縮壓 140mm 舒張壓 90mm 以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤、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、癌症（惡性腫瘤）、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病、酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、視網膜出血或剝離、視神經病變。

2. 目前身體機能是否有下列障害？失明、聾、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害、四肢機能障礙、四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。

上列各項若答「是」，請註明問題號、原因、病名、治療期間、治療方式、治療結果及有無復發、醫院名稱、地點：

※要保人與被保險人聲明事項

1. 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。
 2. 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（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。
 4. 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。

■本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險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。
 ※非因約定之保險事故而致健康、傷害保險契約效力終止時，本公司將按日數比例計算返還未滿期保險費。

※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

※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？是 否（如勾選是者，請提供）

※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」。

(主) 被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____（要保人未滿 20 足歲者須加簽）

要保日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保單備註	業務員／經辦欄			保單寄送方式
業務員簽名	報備號碼			<input type="checkbox"/> 1. 核保取單
登錄字號 (身分證號碼)	管理人+出單序號 (10碼)			<input type="checkbox"/> 2. 保單收據直寄
經辦代號(9碼)				<input type="checkbox"/> 3. 先寄繳款單，收費後寄保單收據
管理人姓名	保經代簽署欄			(上述寄送方式未勾選者，表示為核保取單)

-----以下為富邦產險紀錄欄，不屬於要保書範圍-----

富邦產險欄	公司受理欄			公司收件日	行政助理欄	人工核保
	交易序號	繳費金額	元			
	下列欄位請行政助理勾選（未勾選，表示均正確。）					
	1. 未簽名或塗改	<input type="checkbox"/> Y 是	2. 簽署章	<input type="checkbox"/> Y 是 <input type="checkbox"/> N 否		

0-FH0C0420-1



印刷版-璀璨人生(102.11)





保險費【信用卡】自動扣繳付款授權書

<input type="checkbox"/> 首期 <input type="checkbox"/> 續期 <input type="checkbox"/> 首期及續期 (未勾選視為授權首期及續期)		
信用卡別	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡	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	電話：

首年保單號碼	被保險人	要保人簽章欄(須與要保書之簽名樣式相同)
--------	------	----------------------

授權書約定事項

- 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險費時，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】 _____ (簽名樣式請與信用卡一致)	【申請日期】 _____年____月____日	<input checked="" type="checkbox"/> Y 信用卡展期註記
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------

-----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(人身險適用)

被保險人姓名	要保人(與被保險人同人無須填寫)	代表人(要保人為法人時填寫)
--------	------------------	----------------

1. 要/被保險人投保目的及需求(可複選)：(1)保障 (2)子女教育經費 (3)退休規劃 (4)房屋貸款 (5)其他_____。
2. 要/被保險人財務狀況：被保險人家庭年收入 (1)50萬以下 (2)50萬~100萬 (3)100萬~200萬 (4)200萬以上。
 要保人(要/被保險人同一人無須填寫)(1)50萬以下 (2)50萬~100萬 (3)100萬~200萬 (4)200萬以上。
 ※若被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄位勾選夫妻雙方年收入總和；若被保險人為未成年人/學生時，請於家庭年收入位勾選其父母或法定代理人年收入總和。
3. 招攬時，向要/被保險人確認要/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，已確認要/被保險人及受益人身份？有關要/被保險人提供之身份證明文件(身份證、護照、駕照，或其他足資證明其身份文件等)與要保書填載之內容相符？.....是 否
5. 於招攬時，已親晤要/被保險人/法定代理人，並確認此文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤？.....是 否
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
------	-------	-------	-------



【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。