

# 安心守護 專案 系列十

☆ 特定意外事故增額保障：

【搭乘大眾運輸工具】、【搭乘交通工具】，特定意外事故享有加倍保障。

☆ 意外醫療保障。

意外醫療住院日額及實支實付保險金額可同時申領。

☆ 緊急救援服務。

被保險人於台、澎、金、馬以外地區旅行時，因意外傷害而遭受急難狀況，國際 SOS 將提供醫療、旅遊及法律協助。

☆ 自動續約。

簡化續保流程，可避免保險中斷的風險。



**加倍保障 加倍守護  
就是比別人更安心**

商品名稱

富邦產物傷害保險（個人暨家庭型）、富邦產物傷害保險搭乘交通工具增額給付附加條款、富邦產物個人搭乘大眾運輸工具意外傷害保險、富邦產物意外傷害全殘增額給付附加條款、傷害緊急救護費用給付附加條款、富邦產物個人傷害保險住院安心療養給付附加條款、富邦產物傷害保險傷害醫療保險給付（日額型）、富邦產物傷害保險傷害醫療保險給付（實支實付型）附加條款、富邦產物傷害保險自動續約附加條款、富邦產物個人責任保險、海外傷害增額保障附加條款、富邦產物傷害保險顏面傷殘整型費用附加條款、富邦產物傷害保險親友前往處理費用附加條款、富邦產物璀璨人生傷害保險、富邦產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款

商品核准字號

92.11.20 台財保字第 0920712112 號函核准、101.08.31 富保業字第 1010000854 號函備查、96.12.28 依金管保一字第 09602505761 號令修正、100.01.26 富保業字第 1000000136 號函備查、101.01.16 富保業字第 1000001882 號函備查、101.10.22 富保業字第 1010001477 號函備查、94.03.21 金管保二字第 09402521510 號函核准、102.11.01 富保業字第 1020001684 號函備查、92.11.20 台財保字第 0920712112 號函核准、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、100.06.28 富保業字第 1000000923 號函備查、96.03.23 (96) 富保研發字第 062 號函備查、101.08.31 富保業字第 1010000860 號函備查、96.03.23 (96) 富保研發字第 063 號函備查、101.08.31 富保業字第 1010000860 號函備查、96.02.07 (96) 富保研發字第 011 號函備查、100.10.13 富保業字第 1000001557 號函備查、91.04.17 台財保字第 0910750382 號函核准、96 年 8 月 31 日依行政院金融監督管理委員會 95 年 9 月 1 日金管保二字第 09502522257 號令修正、92.11.20 台財保字第 0920712112 號函核准、101.08.31 富保業字第 1010000854 號函備查、96.04.12 (96) 富保研發字第 081 號函備查、96.12.28 依金管保一字第 09602505761 號令修正、96.03.23 (96) 富保研發字第 064 號函備查、101.08.31 富保業字第 1010000860 號函備查、102.10.25 富保業字第 1020001648 號函備查、92.12.29 台財保字第 0920073327 號函核准、99.02.10 (99) 富保研發個字第 021 號函備查

公開資訊：

對於您的個人資料，我們有嚴格的保密措施，以維護您的隱私權。有關本公司資訊公開說明，歡迎利用網際網路至本公司網站 [www.fubon.com](http://www.fubon.com) 查詢。

FUN-494(103.6.200本)廣興



# 意外傷害保險

承保範圍		保險金額 (NT\$)					
		計劃一	計劃二	計劃三	計劃四	計劃五	
1	傷害保險 (身故殘廢)	100 萬	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
2	搭乘交通工具增額給付	-	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
3	搭乘大眾運輸增額保障 - 陸海保障	100 萬	200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬	
4	搭乘大眾運輸增額保障 - 飛航保障	100 萬	200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬	
5	全殘增額給付	-	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
6	傷害緊急救護費用給付 (限額實支實付)	-	2,500 元	2,500 元	2,500 元	2,500 元	
7	同時給付 住院日額與實支實付	個人傷害住院安心療養給付 (最高 90 日)	500 元/日	500 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日
8		傷害醫療給付日額型 - 住院保險金 (最高 90 日)	500 元/日	500 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日
		骨折未住院津貼 (依骨折折算限額)	最高 1.5 萬	最高 1.5 萬	最高 3 萬	最高 3 萬	最高 3 萬
9		傷害醫療給付日額型 - 加護病房保險金 (最高 45 日)	1,000 元/日	1,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日
10		傷害醫療給付日額型 - 住院慰問金 (住院 3 日 (含) 以上)	2,000 元/次	3,000 元/次	3,000 元/次	3,000 元/次	3,000 元/次
11	傷害醫療實支實付型 (每次事故限額)	2 萬	2 萬	3 萬	4 萬	5 萬	
12	自動續約附加條款	√	√	√	√	√	
年繳保險費 (NT\$)		1-3 類	1,615 元	1,811 元	3,326 元	4,466 元	6,643 元
		4 類	3,283 元	3,590 元	6,572 元	8,790 元	-
		5 類	5,098 元	5,526 元	-	-	-
		6 類	6,549 元	7,073 元	-	-	-

- 註：1. 被保險人因表列 2、3、4 項之特定意外致身故或殘廢時，除第 1 項之「傷害保險 - 身故及殘廢」給付外，並依相關增額項目另給付保險金。  
2. 被保險人因意外傷害入住加護病房時，除給付第 7、8 項外，另給付第 9 項之「傷害醫療給付日額型 - 加護病房保險金」。  
3. 本專案新續保年齡 15 足歲 - 75 歲。

## 加選方案

承保範圍		保險金額 (NT\$)	
		計畫 A	計畫 B
1	個人責任險 (自負額 2,500 元)	10 萬	10 萬
2	海外傷害增額保障	100 萬	150 萬
3	顏面傷殘整型費用 (頭部、頸部、顏面部)	30 萬	50 萬
4	親友前往處理費用 (三位親友為限) (事故上限)	-	10 萬
年繳保險費 (NT\$)		180 元	339 元

## 理賠案例

安先生投保專案計畫五，以乘客身分搭乘火車 (大眾運輸工具) 時，不幸發生翻覆意外事故，於現場由救護車緊急送醫至急診室且住進加護病房 10 日後仍宣告不治，醫療費用 50,000 元，合計理賠金額為？

項目	給付內容	意外住院
1	傷害保險 - 身故及殘廢	5,000,000 元
2	搭乘交通工具增額給付	5,000,000 元
3	搭乘大眾運輸增額保障 - 陸海保障	10,000,000 元
4	傷害緊急救護費用	2,000 (救護車費用) + 500 (急診費用) = 2,500 元
5	個人傷害住院安心療養給付	1,000 元 x 10 日 = 10,000 元
6	傷害醫療給付日額型 - 住院保險金	1,000 元 x 10 日 = 10,000 元
7	傷害醫療給付日額型 - 加護病房保險金	2,000 元 x 10 日 = 20,000 元
8	傷害醫療給付日額型 - 住院慰問金	3,000 元
9	傷害醫療實支實付型	50,000 元
理賠總額		20,095,500 元





**富邦產物傷害保險專用要保書**

進件  歸檔

※被保險人留承其他職業類別者，請洽本公司服務人員，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。

保險單號碼	續保號碼		身分證號碼		出生日期	年 月 日
(主) 被保險人	姓名	婚姻		<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	年齡	※以足歲計算，超過 6 個月加 1 歲
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	工作內容		職稱	
	公司名稱	職業代碼		國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	
	副業	E-MAIL				
	住所地址	電話		住宅：	公司：	分機：
要保人	<input type="checkbox"/> 同(主)被保險人(可免填要保人相關欄位)		E-MAIL			
保人	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：	
身故保險金受益人	與(主)被保險人關係		備註			※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
保險期間	自民國 年 月 日零時起一年					
繳費方式	首年： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 現金(限年繳) 續年： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 現金(限年繳) (未勾選視同首年繳費方式)					

承保範圍	保險金額 (NT\$)					
	計畫一 (CH-083-000010)	計畫二 (CH-083-000011)	計畫三 (CH-083-000012)	計畫四 (CH-083-000013)	計畫五 (CH-083-000014)	
1. 傷害保險-身故及殘廢	100 萬	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
2. 搭乘交通工具增額給付	—	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
3. 搭乘大眾運輸增額保障-陸海保障	100 萬	200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬	
4. 搭乘大眾運輸增額保障-飛航保障	100 萬	200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬	
5. 全殘增額給付	—	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
6. 傷害緊急救護費用給付(限額實支實付)	—	2,500 元	2,500 元	2,500 元	2,500 元	
7. 傷害醫療日額型-住院保險金(最高 90 日)	500 元/日	500 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	
8. 傷害醫療日額型-骨折未住院津貼(依骨折表折算限額)	最高 1.5 萬	最高 1.5 萬	最高 3 萬	最高 3 萬	最高 3 萬	
9. 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	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	
10. 傷害醫療日額型-住院慰問金(住院治療達 3 日(含)以上)	2,000 元/次	3,000 元/次	3,000 元/次	3,000 元/次	3,000 元/次	
11. 傷害醫療實支實付型(每次事故限額)	2 萬	2 萬	3 萬	4 萬	5 萬	
12. 住院安心療養保險金(最高 90 日)	500 元/日	500 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,000 元/日	
年繳保險費 (NT\$)	一~三類	□1,615 元	□1,811 元	□3,326 元	□4,466 元	□6,643 元
	四類	□3,283 元	□3,590 元	□6,572 元	□8,790 元	—
	五類	□5,098 元	□5,526 元	—	—	—
	六類	□6,549 元	□7,073 元	—	—	—
加選方案(一)(僅限一~三類承保)		計畫 A		計畫 B		
P031	個人責任保險(自負額 2,500 元/次)	10 萬		10 萬		
P050	海外傷害增額保障	100 萬		150 萬		
P067	顏面傷殘整型費用	頭部、頸部、顏面部	30 萬	50 萬		
P006	親友前往處理費用(限傷害事故)	事故上限	—	10 萬		
年繳保險費 (NT\$)		□180 元		□339 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)				
總承保人數：_____人		(主)被保險人總保險費 (NT\$)：_____元		合計總保險費 (NT\$)：_____元		

**告知事項**

■ 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。

(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。

※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) 受理日期：  
 ※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：  
 (未滿7足歲由法定代理人代簽) ((主)被保險人未滿20足歲者須加簽)  
 要保人簽名： 要保日期： 法定代理人簽名：  
 (要保人未滿20足歲者須加簽)

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	人工核保

### 富邦產物傷害保險被保險人名冊

姓名	身分證號碼	出生日期	年 月 日	年齡(註1)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	與主被保險人關係
公司名稱	工作內容	職稱	兼業內容	職業代碼	身故保險金受益人	與被保險人關係	備註(註2)	投保計畫別	<input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 五 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	總保險費(NTS)	
※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？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(投保實支實付型商品時勾選) ※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(如勾選是者，請提供) ※下列告知事項，是否有為「是」者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；下列告知事項若答「是」，請註明問題題號、原因、病名、治療期間、治療方式、治療結果及有無復發、醫院名稱及地點： 被保險人簽名：_____ (未滿7足歲由法定代理人代簽) 法定代理人簽名：_____ (被保險人未滿20足歲者須加簽)											

姓名	身分證號碼	出生日期	年 月 日	年齡(註1)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	與主被保險人關係
公司名稱	工作內容	職稱	兼業內容	職業代碼	身故保險金受益人	與被保險人關係	備註(註2)	投保計畫別	<input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 五 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	總保險費(NTS)	
※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？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(投保實支實付型商品時勾選) ※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(如勾選是者，請提供) ※下列告知事項，是否有為「是」者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；下列告知事項若答「是」，請註明問題題號、原因、病名、治療期間、治療方式、治療結果及有無復發、醫院名稱及地點： 被保險人簽名：_____ (未滿7足歲由法定代理人代簽) 法定代理人簽名：_____ (被保險人未滿20足歲者須加簽)											

姓名	身分證號碼	出生日期	年 月 日	年齡(註1)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	與主被保險人關係
公司名稱	工作內容	職稱	兼業內容	職業代碼	身故保險金受益人	與被保險人關係	備註(註2)	投保計畫別	<input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 五 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	總保險費(NTS)	
※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？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(投保實支實付型商品時勾選) ※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(如勾選是者，請提供) ※下列告知事項，是否有為「是」者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；下列告知事項若答「是」，請註明問題題號、原因、病名、治療期間、治療方式、治療結果及有無復發、醫院名稱及地點： 被保險人簽名：_____ (未滿7足歲由法定代理人代簽) 法定代理人簽名：_____ (被保險人未滿20足歲者須加簽)											

**告知事項**  
 ■「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。  
 1.過去二年內是否曾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(含手指、足趾)缺損或畸形。

註1：年齡以足歲計算，超過6個月加1歲。  
 註2：身故保險金受益人超過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。

印刷版-【守護十】(103.05)

0-FH2C2030-1





**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-A90C0055-0

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，並簽名如下以示同意：  
 (1) 持卡人同意以信用卡支付上開簽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約定之期限或金額繳款，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簽帳內容予本公司，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) 授權人重新填寫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】**

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.	2.	3.				
4.	5.					
1. 要/被保險人投保目的及需求(可複選): (1) <input type="checkbox"/> 保障 (2) <input type="checkbox"/> 子女教育經費 (3) <input type="checkbox"/> 退休規劃 (4) <input type="checkbox"/> 房屋貸款 (5) <input type="checkbox"/> 其他 _____。						
2. 招攬經過: (1) <input type="checkbox"/> 招攬投保 (2) <input type="checkbox"/> 職域開拓 (3) <input type="checkbox"/> 親友介紹 (4) <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 (5) <input type="checkbox"/> 主動投保 (6) <input type="checkbox"/> 其他 _____。						
3. 要/被保險人財務狀況: 被保險人家庭年收入 (1) <input type="checkbox"/> 50萬以下 (2) <input type="checkbox"/> 50萬~100萬 (3) <input type="checkbox"/> 100萬~200萬 (4) <input type="checkbox"/> 200萬以上。 要保人(要/被保險人同一人無須填寫) (1) <input type="checkbox"/> 50萬以下 (2) <input type="checkbox"/> 50萬~100萬 (3) <input type="checkbox"/> 100萬~200萬 (4) <input type="checkbox"/> 200萬以上。 家中主要經濟來源為被保險人之: (1) <input type="checkbox"/> 本人 (2) <input type="checkbox"/> 配偶 (3) <input type="checkbox"/> 父母 (4) <input type="checkbox"/> 子女 (5) <input type="checkbox"/> 其他 _____。						
※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；若被保險人為未成人/學生時，請於家庭年收入欄位勾選其父母或法定代理人年收入總和。						
4. 被保險人是否投保其他商業保險(1) <input type="checkbox"/> 否 (2) <input type="checkbox"/> 是。公司名稱: _____						
5. 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? (1) <input type="checkbox"/> 是 (2) <input type="checkbox"/> 否 若否，請說明原因 _____。						
項目		被保險人1	被保險人2	被保險人3	被保險人4	被保險人5
6. 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?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 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?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

**業務員招攬聲明事項**

1. 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，且由要、被保險人親自填寫要保書及簽名無誤。
2. 本人向要、被保險人招攬時，已評估過要、被保險人收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額的相當性，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、被保險人後作成本業務員報告書暨保單適合度分析表，如有不實致富邦產險受損時，願負賠償責任，特此聲明。

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-【人身保險】信用卡+業報(多人版) 103.02 新修四版

0-B90C0055-0



## 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

## 【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。