

愛藥即時



癌症標靶治療藥物費用給付
減輕經濟壓力、提高醫療品質
有我們即刻支援

專案特色

- 1 初次罹癌單筆定額給付 特定癌症**最高達百萬**！
- 2 標靶藥物治療實支實付 市場最高保障**300萬**！
- 3 標靶藥物賠償期間 自確診日起長達**二年**！
- 4 標靶藥物清單將依主管機關核可自動更新**不受清單限制**！
- 4 若自確診日起**二年內**因癌症身故 另提供**身故保險金**！

商品名稱：富邦產物個人初次罹患癌症身故健康保險、富邦產物癌症標靶治療藥物費用健康保險、富邦產物法定傳染病醫療及費用補償保險、富邦產物傷害暨健康保險自動續約附加條款。

商品核准字號：109.05.07富保業字第1090001129號函備查、109.08.26富保業字第1090002239號函備查、104.06.26富保業字第1040001063號函備查、108.09.02依金融監督管理委員會108.04.09金管保壽字第10804904941號函修正、109.04.09金管保產字第1090416248號函核准、109.05.22富保業字第1090001259號函備查、106.01.23富保業字第1060000167號函備查、106.08.18富保業字第1060001694號函備查。

消費者投保前應審慎了解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。

本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷必須入住醫院，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。

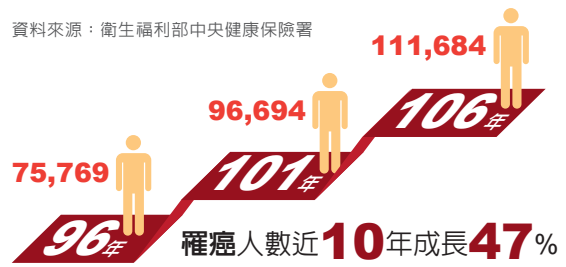
消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率(預定附加費用率)最高39%，最低39%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話：0800-009888)或網站(網址：www.fubon.com)，以保障您的權益。地址：台北市大安區建國南路一段237號

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查詢。

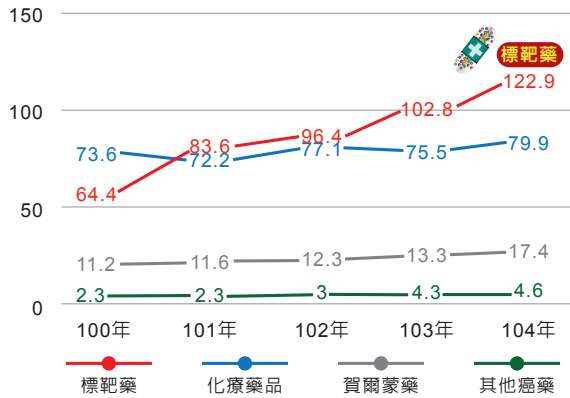
可怕的疾病——癌症

國人癌症發生率不斷攀升，且致死率居所有疾病之冠，**蟬聯38年國人死因的第一名**。標靶治療成為抗癌新趨勢降低罹癌死亡率，但須付出**昂貴**的**醫療費用**!!!!

資料來源：衛生福利部中央健康保險署



單位：億元 標靶用藥使用量逐年增加！



資料來源：衛福部中央健康保險署

單位：新台幣元

癌症	藥物	參考自費價格
大腸癌	爾必得舒	160~220 萬 / 年
	柔癌捕	150~200 萬 / 年
乳癌	賀疾妥	160~180 萬 / 年
	賀癌寧	200~250 萬 / 年
	癌思停	120~144 萬 / 年
肺癌	泰格莎	210~240 萬 / 年
	瘤利剋	220~250 萬 / 年
卵巢癌	令癌莎	300~360 萬 / 年

資料來源：參考《現代保險》雜誌，實際以健保署公告為準

險種說明

※ 此為摘要說明，完整承保範圍及不保事項請以保單條款為準。

癌症標靶治療藥物費用健康保險

經醫院醫師診斷確定初次罹患癌症，因依專科醫師指示而實際於中華民國境內接受「標靶治療」者，自該診斷確定日起兩年內，對於被保險人依全民健康保險規定應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之標靶治療藥物（包含口服及注射）費用，累計最高給付金額以「癌症標靶治療藥物費用保險金」為上限。



★ 標靶治療藥物每次處方應依中央衛生主管機關核准之適應症內使用，每次處方最高給付日數以三十日為限。

初次罹患癌症暨身故健康保險

第一重保障

- ◆ 不需住院、手術、醫療單據，提供定額給付。
- ◆ 另針對國人常見癌症，包含肺癌、肝癌、結腸直腸癌、乳癌、攝護腺癌、子宮頸癌等六大項特定癌症，增額給付。



第二重保障

- ◆ 於初次罹患癌症之確診日起兩年內因癌症身故時，給付「初次罹患癌症身故保險金」。
- ◆ 初次罹患癌症身故保險金遺愛家人，減輕家庭經濟壓力。



法定傳染病醫療及費用補償保險

1. 法定傳染病住院日額保險金

經醫師診斷確定罹患約定之「法定傳染病」而住院診療時，本公司按其實際住院日數依約定每日給付法定傳染病住院日額保險金。

★ 同一次住院最高日數以 45 日為限。

2. 法定傳染病關懷保險金

經醫師診斷確定罹患約定之「法定傳染病」者，本公司依約定定額給付法定傳染病關懷保險金。

★ 同一法定傳染病以給付一次為限。

3. 法定傳染病隔離費用補償保險

因約定之「法定傳染病」且符合傳染病防治法第四十八條接受隔離處置者，本公司依約定定額給付法定傳染病隔離費用補償保險金。

★ 同一法定傳染病以給付一次為限。



名詞解釋

* 初次罹患原位癌

生平第一次罹患組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經醫院病理檢驗確定罹患原位癌。

* 初次罹患癌症（惡性腫瘤）

生平第一次罹患組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經醫院病理檢驗確定屬於惡性腫瘤（不含原位癌）。

* 法定傳染病

係指行政院衛生福利部依傳染病防治法第三條規定所公告之傳染病名稱。「法定傳染病」之項目如有變動，以衛福部最新公告之項目為準。



「愛藥即時」癌標專案

單位：新台幣元

保障內容		計畫一	計畫二	
1	個人初次罹患癌症暨身故健康保險甲型	初次罹患癌症保險金	50 萬	80 萬
		初次罹患原位癌保險金	5 萬	8 萬
		特定癌症增額保險金	10 萬	16 萬
		癌症生活補助保險金	2.5 萬	4 萬
		初次罹患癌症身故保險金	50 萬	80 萬
2	癌症標靶治療藥物費用健康保險	癌症標靶治療藥物費用保險金	200 萬	300 萬
3	法定傳染病健康保險	住院日額保險金 (最高 45 天)	1,000/ 日	2,000/ 日
4		關懷保險金 (同一法傳限一次)	5,000/ 次	8,000/ 次
5	法定傳染病隔離費用補償保險 (同一法傳限一次)	5,000/ 次	8,000/ 次	

- 本保險商品癌症之等待期間為九十日，等待期間為契約生效日後九十日內，但續保者不受本項九十日約定之限制。
- 「本商品為非保證續保之保險商品」。

年繳費率表

單位：新台幣元

保險年齡	計畫一				計畫二			
	男性		女性		男性		女性	
	首期	續期	首期	續期	首期	續期	首期	續期
0-4 歲	1,129	1,409	971	1,200	1,667	2,060	1,460	1,783
5-9 歲	862	1,054	813	989	1,317	1,593	1,243	1,493
10-14 歲	901	1,105	790	958	1,367	1,659	1,210	1,449
15-19 歲	963	1,188	959	1,183	1,462	1,785	1,451	1,770
20-24 歲	989	1,222	1,073	1,335	1,504	1,841	1,629	2,008
25-29 歲	1,339	1,689	1,805	2,310	2,007	2,512	2,629	3,342
30-34 歲	2,132	2,747	3,267	4,260	3,135	4,016	4,612	5,986
35-39 歲	3,454	4,510	5,475	7,203	5,013	6,520	7,522	9,865
40-44 歲	5,587	7,352	9,090	12,023	8,004	10,508	12,262	16,185
45-49 歲	8,841	11,693	12,714	16,855	12,512	16,520	17,086	22,618
50-54 歲	13,116	17,391	15,630	20,744	18,364	24,321	20,991	27,825
55-59 歲	18,877	25,073	18,103	24,040	26,452	35,106	24,487	32,486
60-64 歲	26,299	34,969	21,738	28,888	36,882	49,012	29,501	39,172
65-69 歲	-	46,554	-	33,345	-	65,651	-	45,679
70-74 歲	-	61,111	-	38,787	-	85,789	-	53,308
75 歲	-	69,981	-	43,601	-	97,888	-	59,845

核保條件

繳費年期	一年期	
承保年齡	新保 0~60 歲	
續保	75 歲	
等待期說明	首年	1. 癌症等待期 90 日，保障 9 個月 2. 法定傳染病無等待期
	續年	無等待期，保障 12 個月
繳別	年繳、半年繳、月繳、季繳	

案例說明

富小姐於 **109/10/1** 投保「愛藥即時」專案，**110/8/1** 不幸被醫生確診患有 HER2 陽性早期乳癌，並自 **110/10/1** 開始使用標靶藥物賀維寧治療。

請問富小姐可以申請理賠嗎？保險公司可給付多久？可以理賠多少？



VIP

營養師自費指導諮詢安排服務

根據每位客戶不同的需求以及個別狀況客製化的安排：

- ① 基礎量測 (血液檢查、身高體重...)
- ② 生活習慣：飲食、運動、作息、工作。
- ③ 疾病史：個人疾病史、手術史、藥物史、家族病史。
- ④ 飲食方式教學、烹調方式建議。
- ⑤ 食物分類教學、食物份量教學。
- ⑥ 目標設定：飲食建議、保健品建議、運動建議飲食紀錄、營養診斷。

台灣貴賓自費門診安排服務

- 一、國內醫院專家級醫師推薦。
- 二、國內特別門診掛號安排。
- 三、一對一專業醫生診療。
- 四、專人陪同看診、檢查、領要、付費。

台灣專科專症門診推薦服務

- 一、針對貴賓病癥、過往病史、家族史或依貴賓偏好地區，推薦優質醫療院所、科別及權威醫師。
- 二、全台 26 所一線醫療醫院 / 中心完整即時的就醫資訊。

專屬健康秘書 On call 預約諮詢服務

跨業與健檢診所合作，安排健康管理師線上服務，並設有值班醫師後端支援，提供線上諮詢可立即解決問題，就有如家中進駐專業醫護團隊，讓您除了健康險專案保障外，還可隨時享有健康諮詢及照護協助！

想了解更多詳情可上**保好康會員 VIP 專區**

(https://b2c.518fb.com/FubonEC/benefit_vip_service.html) 查詢



富邦產物健康保險暨費用補償保險要保書
 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		
	住所地址	E-MAIL		※數字 0 請以 0 書寫		
	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	※數字 0 請以 0 書寫		
	姓名	身分證號碼/統一編號	出生日期	年 月 日	代表人姓名	
	住所（通訊）地址	與（主）被保險人關係		代表人身分證號碼		
	電話	住宅：	公司：	分機：	手機：	
身故受益人	姓名	身分證號碼/統一編號	與（主）被保險人關係	電話	住所（通訊）地址	
	未填寫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				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	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					
	本 期： <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 期： <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）（未勾選視同本期繳費方式）					
※若富邦產物未通知同意續保，或自動續約附加條款選擇「不同意」時，雖於本項勾選，仍不生續保效力。						
自動續約附加條款	<input type="checkbox"/> 同意附加 <input type="checkbox"/> 不同意附加					

承保範圍			保險金額 (NT\$)	
			計畫一 (CH-168-000024)	計畫二 (CH-168-000025)
1.	個人初次罹患癌症暨身故健康保險甲型	初次罹患癌症保險金	50 萬	80 萬
2.		初次罹患原位癌保險金	5 萬	8 萬
3.		特定癌症增額保險金	10 萬	16 萬
4.		癌症生活補助保險金	2.5 萬	4 萬
5.		初次罹患癌症身故保險金	50 萬	80 萬
6.	癌症標靶治療藥物費用健康保險	癌症標靶治療藥物費用保險金	200 萬	300 萬
7.	法定傳染病健康保險	住院日額保險金	最高給付 45 日	1,000/日
8.		關懷保險金	同一法定傳染病限一次	5,000/次
9.	法定傳染病隔離費用補償保險	同一法定傳染病限一次	5,000/次	8,000/次
健康保險每一期分期保險費 (NT\$)			年繳保費×繳別係數（月繳：0.088/季繳：0.262/半年繳：0.52）※誤差值以系統計算為主	
年繳總保險費 (NT\$)			<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 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

- 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。
- 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。

以下告知事項於加保健康保險時告知：

- 被保險人目前之身高_____cm，體重_____kg
- 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）
- 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？
- 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？高血壓症（指收縮壓140mm舒張壓90mm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、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、肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核、肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常（GPT、GOT值超過40u/L以上）、腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞、視網膜剝離或出血、視神經病變、癌症（惡性腫瘤）、血友病、白血病、貧血（再生不良性貧血、地中海型貧血）、紫斑症、糖尿病、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、紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原。
- 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？
酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎、肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸、慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞、痛風、高血脂症、青光眼、白內障。
- 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？
- 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？

婦女欄—被保險人為女性時，請回答以下問題：

- 被保險人過去一年內是否曾因患有乳腺炎、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？
- 是否已確知懷孕？如是，_____週

上列各項若答「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、地點：

※要保人與被保險人聲明事項(本聲明事項僅針對投保健康險適用)

- 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。

※被保險人非因約定之承保事故造成死亡時，本公司將按日數比例計算返還未滿期保險費。※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。

■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。

※被保險人若曾罹患原位癌，投保本公司個人初次罹患癌症健康保險，無論新/續保，本公司不負「初次罹患原位癌保險金」給付之責。
 ※被保險人於本保險契約生效日後九十日內所罹患之癌症或原位癌本公司不負理賠責任，但續保者不在此限。
 ※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）
 ※被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）？是 否（如勾選是者，請提供相關證明文件）
 ※被保險人目前是否因法定傳染病經中華民國衛生主管機關之要求，正在接受隔離、檢疫或自主健康管理之處置？是 否
 ※被保險人是否已投保其他有關因法定傳染病遭受隔離之費用補償保險？是，公司名稱_____ 否

※本人(要保人)已審閱並瞭解 貴公司所提供之投保須知及已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：_____ 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 <input type="checkbox"/> 2. 保單收據直寄 (上述寄送方式未勾選者，表示為核保取單)
登錄字號	索取英文投保證明	<input type="checkbox"/> 是		
經辦代號(9碼)	管理人+出單序號(10碼)			
管理人姓名	保經代簽署欄			

-----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			
	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-FH0C0801-1

印刷版-愛樂即時(110.01)



**富邦產險**Fubon
Insurance**保險費信用卡簽帳單暨授權書**

※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。

保單號碼	被保險人	繳款金額 (簽帳金額)
		(非年繳者無需填寫)

信用卡種類	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB	發卡銀行：
持卡人姓名	(請以正楷填寫)	持卡人身分證字號：
信用卡卡號	- - -	信用卡有效日期：20 年 月 止
持卡人電話	日間： 行動：	經辦： 電話：
持卡人關係 (請擇一勾選)	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 本人 <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"/> (外)祖孫 <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 被保險人 (非本人時須檢附關係證明) <input type="checkbox"/> 身故保險金受益人	※持卡人關係僅開放死亡保險適用「身故保險金受益人」，住宅火災及家庭綜合保險不開放「身故保險金受益人」。

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) 為確保交易安全，持卡人同意本公司得就上述資料，向發卡行進行照會，如有冒用他信用卡或其他個人資料而為交易者，經查獲必究。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 持卡人應依與發卡機構間約定之期限或金額繳款，否則會發生循環利息及相關費用。
- (6) 持卡人聲明完全知悉與要保人/被保險人關係，同意以信用卡支付上開簽帳內容予本公司並進行持卡人身分驗證，簽名以示同意。
- (7) 本公司基於繳納保險費之目的蒐集您的個人資料，該資料在前開蒐集目的存續期間及依令規定要求之期間內，僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內或上開業務之所在地區被處理及利用。基於個人資料保護法之規定，持卡人可以透過書面或致電0800-009-888行使查詢、閱覽、複製、補充更正、停止蒐集、處理或利用及刪除之權利。若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，本公司將無法提供您完善的保險服務。若您想進一步了解詳細資料，請至本公司官網 (www.fubon.com) 個人資料告知事項專區查詢。
- (8) 依「金融監督管理委員會 109 年 8 月 14 日金管保壽字第 1090425855 號函」規定，以信用卡繳納保險費時限定持卡人與要保人或被保險人關係，如非要保人/被保險人/受益人，需檢附關係證明文件並送至本公司審核，持卡人關係僅限：
 - 要保人/被保險人/受益人、要保人/被保險人/受益人之配偶、二親等血親內親屬(外)祖父母/父母/兄弟姊妹/子女/(外)孫子女
 - 持卡人為法人、法人負責人或該企業員工
- (9) 已完成信用卡身分驗證之發卡機構包括台北富邦銀行、國泰世華銀行、玉山銀行、中國信託銀行、花旗銀行等 5 家，其他可進行身分驗證之發卡機構請依聯信中心「信用卡輔助持卡人身分驗證平臺」公告為準，網址 <https://www.nccc.com.tw/wps/wcm/connect/zh/home/BusinessOperations/CardBusiness/CardVerificationPlatform>

*授權人簽名：

(須與信用卡背面簽名樣式相同)

務必簽名

*要保人簽名：

(須與要保書之簽名樣式相同)

務必簽名

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

- 一、本授權書所稱之「授權人」限要、被保險人本人及其配偶，及與要、被保險人本人二親等內之親屬(不含姻親)關係之人，但經要保人指定姓名之身故保險金受益人，亦得為授權人。
- 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。

※如有授權自動續約者須簽名；簽名樣式請與信用卡相同

【授權人簽名】

【申請日期】

____年____月____日

Y 信用卡展期註記

0-A90C0046-0

印刷版-單信用卡授權書 109.12 新修

投保險種：		(1) <input type="checkbox"/> 本人	(2)	(3)
要保人：		(4)	(5)	
自然人	1. 職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職業 2. 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 國名：_____	1. 職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職業 2. 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 國名：_____		
法人	1. 行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業 2. 法人負責人：_____ 3. 法人註冊地：_____	1. 行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業 2. 法人負責人：_____ 3. 法人註冊地：_____		
客戶屬性	1. <input type="checkbox"/> 非專業客戶 2. <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)			
<p>註一：律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。軍火商、不動產經紀人。當舖業、融資從業人員。寶石及貴金屬交易商。藝術品/骨董交易商、拍賣公司。基金會、協會/寺廟、教會從業人員。博奕產業/公司。匯款公司、外幣兌換所。外交人員、大使館、辦事處。虛擬貨幣的發行者或交易商。註二：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。註三：專業客戶：要保人或被保險人符合以下條件之一者：(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。註四：國籍、職業/行業如涉及雙重國籍或重疊職業別者，得複選。註五：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。註六：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。</p>				
(一)過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？(1) <input type="checkbox"/> 是 若是，請說明居住國家(地區)_____。(2) <input type="checkbox"/> 否				
(二)要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如中央或地方民意代表、公務機關首長)？ (1) <input type="checkbox"/> 是 若是，請說明_____。(2) <input type="checkbox"/> 否				
(三)要保人購買保險商品時，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保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序？(1) <input type="checkbox"/> 是 (2) <input type="checkbox"/> 否				

一、個人傷害險/個人健康險/旅平險/微型保險適用：

- 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_____。
- 招攬經過：(1) 招攬投保 (2) 職域開拓 (3) 親友介紹 (4) 陌生拜訪 (5) 主動投保 (6) 其他_____。
- 要/被保險人財務狀況：
要保人/被保險人/家中主要經濟者年收入：(1) 25萬以下 (2) 26萬~50萬 (3) 51萬~75萬 (4) 76萬~100萬 (5) 其他_____。
家中主要經濟來源為被保險人之：(1) 本人 (2) 配偶 (3) 父母 (4) 子女 (5) 其他_____。
- 本次投保的保險費支出來源為：(1) 薪資 (2) 投資收入(含動產/不動產投資收益) (3) 存款(退休金) (4) 存款(其他) (5) 父母/二等親代繳 (6) 貸款(若部分保費來源為貸款，此選項亦須勾選) (7) 保單借款 (8) 定存解約 (9) 保險解約金 (10) 其他：_____。
- 要保人及被保險人投保前三個月內是否有辦理終止契約、貸款或保險單借款之情形？(1) 是 (2) 否。
- 被保險人是否投保其他商業保險(1) 否 (2) 是。公司名稱：_____。
- 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，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？
(1) 是 (2) 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	
	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否
8. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

二、團體傷害險/團體健康險/旅平險(集體彙繳件)適用：

- 要保單位名稱：_____，代表人_____，投保目的(可複選)：(1) 保障 (2) 員工福利 (3) 其他_____。
- 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。
- 是 否 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 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？
- 否 是 身故受益人指定雇主或要保單位？
- 否 是 主動投保？

三、業務員招攬聲明事項：

- 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。
- 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害時，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：

電話(行動電話)/分機：

中華民國：_____年_____月_____日



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，敬請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

- (一) 093 財產保險(依保險法令規定辦理之財產保險相關業務)。
- (二) 001 人身保險(依保險法令規定財產保險經許可辦理之相關業務)。
- (三) 040 行銷(包含金控共同行銷業務)。
- (四) 181 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定業務之需要。

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、個人資料來源：

- (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、利用之期間、對象、地區及方式：

- (一) 期間：因執行業務所必須及法令規定應為保存之期間。
- (二) 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. 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、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. 得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：

以書面或其他日後可供證明之方式。

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】**：1. 上開告知事項已公告於本公司官網(<https://www.fubon.com/insurance/home/index.htm>)，如有任何問題歡迎洽詢本公司 0800009888 免付費客服專線。
2. 本告知事項內容若有更動，係以官網公告版本為準。

【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。