

富邦產物個人旅行綜合保險專用要保書

進件 歸檔

保險單號碼		報價單號碼					
(主) 被保險人	姓名	身分證號碼		出生日期	年	月	日
	英文姓名	*赴申根公約國或申請英文投保證明時填寫，請與護照相同		護照號碼	*赴申根公約國時填寫		
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	年齡	*以足歲計算，超過6個月加1歲	
	住所地址	□□□		E-MAIL	*數字0請以□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)		電子保單	<input type="checkbox"/> 本人同意設定電子保單，且不寄送實體保單	E-MAIL	*數字0請以□書寫	
	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：		
付款人							
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		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
	*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據。						
旅遊國家	旅遊國家一		旅遊國家二	旅遊國家三	旅遊國家四		
*如同時旅遊多國，請全部填列							
保險期間	自民國	年	月	日	時	分	
繳費方式	繳付方式： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 支票						

承保範圍	保險金額 (NT\$)							
	國內外旅遊適用			國外旅遊適用			國外旅遊醫療加值型或申根國適用	
	兒童國內外(未滿15歲)	計畫一	計畫二	兒童國外(未滿15歲)	計畫三	計畫四	兒童國外(未滿15歲)	計畫五
組合	1	2	3	4	5	6	7	8
1. 個人賠償責任保險(自負額2,500元)	25萬	25萬	25萬	25萬	50萬	50萬	50萬	50萬
2. 緊急救援費用保險	5萬	—	5萬	5萬	20萬	20萬	150萬	150萬
3. 附加旅行平安險-身故及殘廢	—	萬	萬	—	萬	萬	—	萬
4. 附加旅行平安險-殘廢保險	萬	—	—	萬	—	—	200萬	—
5. 傷害醫療費用附加條款	萬	萬	萬	萬	萬	萬	150萬	—
6. 海外突發疾病健康保險	住院醫療費用保險金	—	—	同傷害醫療保險金額	—	同傷害醫療保險金額	100萬	—
	門診醫療費用保險金	—	—	住院醫療費用保險金額x5%	—	住院醫療費用保險金額x5%	—	—
7. 行李、交通票證及旅行文件損失保險(自負額750元)	—	—	—	2.5萬	2.5萬			
8. 行程延誤補償(選擇型)	—	—	—	定額給付2千或實支實付1萬	定額給付5千或實支實付2.5萬			
9. 行李延誤費用保險	—	—	—	1萬	5萬			
總保險費 (NT\$)	元	元	元	元	元	元	元	元

總承保人數：\_\_\_\_\_人 (主)被保險人投保組合：\_\_\_\_\_ (主)被保險人總保險費(NT\$)：\_\_\_\_\_元 合計總保險費(NT\$)：\_\_\_\_\_元

\*被保險人目前是否有在其他保險公司投保商業傷害醫療保險給付實支實付型之商品？ 是 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：\_\_\_\_\_ ((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

1-FT0C0147-0

印刷版-快樂旅綜專案-一般型(106.12)



**※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。

■ 本保單所載各項保險金額於各被保險人分別適用之。

■ 保險期間為短天期者，無論國內外旅遊，均可投保，但保險期間以 180 天為限；保險期間為一年者，每次國外旅遊均自動納入承保範圍內，但每次期間以 45 天為限，國內旅遊則不予承保。

保單備註		業務員／經辦欄			
業務員簽名	報備號碼			保單寄送方式	
登錄字號	索取英文投保證明	<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 1. 核保取單 <input type="checkbox"/> 2. 保單收據直寄 <input type="checkbox"/> 3. 先寄繳款單，收費後寄保單收據 (上述寄送方式未勾選者，表示為核保取單)	
經辦代號(9碼)	是否為直接業務	<input type="checkbox"/> 是			
管理人+出單序號(10碼)		(未勾選者，表示非直接業務)			
管理人姓名	臨櫃代號			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	元			
	<input type="checkbox"/> 名冊不輸入(簡式通報)					
	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			

印刷版-快樂旅綜專案-一般型(106.12)

0-FT0C0147-1



富邦產物個人旅行綜合保險暨海外突發疾病健康保險被保險人名冊 所有被保險人之保額相同（所有被保險人同主被保險人）

序號	要/被保險人				身故保險金受益人(※未填寫則為法定繼承人)						投保組合	
	中文姓名/簽名 <small>※未滿7足歲由法定代理人代簽</small>	出生日期	身分證號碼	是否有在其他保險公司投保實支實付型之商品	序號	姓名	身分證號碼/統一編號	與被保險人關係	電話	住所(通訊)地址		<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>
	英文姓名 <small>※赴申根公約國或申請英文投保證明時填寫，請與護照相同</small>		護照號碼 <small>※赴申根公約國時填寫</small>									
1.	同首頁(主)被保險人											
2.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.							
					2.							
3.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.							
					2.							
4.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.							
					2.							
5.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.							
					2.							
6.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.							
					2.							
7.		年 月 日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.							
					2.							

註：如檢附名冊資料投保者，敬請自行加印「被保險人名冊」，連同要保書一併交予核保人員。

0-FT0C0147-2



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。

0-A90C0059-0

Table with 3 columns: 保單號碼, 被保險人, 繳款金額 (簽帳金額)

Table with 2 columns: 信用卡種類 (VISA, MASTER, JCB, AE), 發卡銀行; 持卡人姓名, 持卡人身分證字號; 信用卡卡號, 信用卡有效日期; 持卡人電話, 經辦; 與要保人關係

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...
(2) 扣款交易若未獲發卡機構核准，則本簽帳單自動失效...
(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之期限或金額繳款...
(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...

自動續約信用卡授權書約定事項

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) 更換信用卡卡號(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) 簽名樣式請與信用卡一致
【申請日期】 年 月 日
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)

Table for personal information: 投保險種, 要保人, 被保險人, 職業, 國籍, 行業, 法人負責人, 註冊地, 註一: 律師、會計師、公證人... 註二: 博奔產業/公司... 註三: 國籍、職業/行業如涉及雙重國籍或多重職業別者... 註四: 法人負責人或代表人... 註五: 要保人多人時...

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. 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
3. 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
4. 被保險人是否投保其他商業保險 (1) 否 (2) 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) 是 (2) 否 若否，請說明原因

Table with 6 columns: 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

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時，願自賠償責任，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。

Table with 4 columns: 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) 106.10 新修八版



## 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，敬請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

- （一）財產保險（依保險法令規定辦理之財產保險相關業務）。
- （二）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）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、病歷、醫療、健康檢查、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。