

健康
防癌意外
傷害

新十全兒童照護升級版

用心呵護 邦你守護 給小寶貝最貼心的保障



基本意外
失能保障



燒燙傷
意外保障



傷害醫療
全方位



意外醫療保障最完善

傷害醫療實支實付與住院日額同時給付。還有燒燙傷病房給付及顏面傷害整型費用，提供最完善意外保障，彌補健保無法給付的缺口。



意外骨折雙重保障好安心

孩童常見的意外跌倒骨折也提供骨折未住院津貼同時依骨折部位按比例定額給付保險金。



健康防癌有保障

提供住院醫療及看護保險金，幫您補償病房升等及看護照顧費用，以彌補健保缺口，另因國人罹癌率不斷攀升，貼心提供初次罹癌四大守護，為孩子醫療品質加強保障。



保障日常生活行為

因孩童外出逛街時不小心打破展示品、撞傷路人，導致第三人財物損失或身體傷亡時負賠償之責，減輕家庭負擔。

※ 本商品簡介僅供參考，詳細保單內容以保單條款為準，客戶投保前應詳細閱讀保單條款內容。

商品核准名稱：富邦產物享安心個人傷害失能保險、富邦產物安心照顧個人綜合保險、富邦產物個人傷害保險骨折給付附加條款、個人傷害保險實支實付傷害醫療給付附加條款、富邦產物享安心個人傷害保險、富邦產物傷害保險顏面傷害整型費用附加條款、富邦產物傷害保險(個人暨家庭型)特定燒燙傷給付附加條款、富邦產物傷害緊急救護費用給付附加條款、富邦產物傷害保險傷害住院醫療附加條款、富邦產物個人傷害保險住院安心療養給付附加條款、富邦產物個人初次罹患癌症健康保險、富邦產物個人定額給付住院醫療保險丙型、富邦產物個人定額給付住院醫療保險乙型、富邦產物個人定額給付住院醫療保險甲型、富邦產物個人住院醫療保險法定傳染病免除等待期間附加條款、富邦產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款、富邦產物保險費分期繳付附加條款、富邦產物傷害保險身故或喪葬費用保險金給付附加條款。

商品核准文號：110.11.23富保業字第1100003018號函備查、109.06.08富保業字第1090001417號函備查、109.02.12富保業字第1090000395號函備查、108.07.26富保業字第1080001756號函備查、109.01.06富保業字第1090000072號函備查、108.07.26富保業字第1080001755號函備查、108.09.02依金融監督管理委員會108.06.21金管保壽字第10804920500號函修正、96.04.12(96)富保研發字第081號函備查、109.06.08富保業字第1090001420號函備查、97.11.24(97)富保研發字第026號函備查、109.06.10富保業字第1090001434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、102.08.29富保業字第1020001343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、100.06.28富保業字第100000923號函備查、98.07.10(98)富保研發字第056號函備查、97.09.16(97)富保研發字第006號函備查、97.09.16(97)富保研發字第005號函備查、97.09.04金管保二字第09702140270號函核准、109.03.17富保業字第1090000673號函備查、92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准、107.07.03依金融監督管理委員會107.06.07金管保壽字第10704158370號函修正、101.09.11富保業字第1010001286號函備查、109.07.24富保業字第1090001929號函備查、110.11.16富保業字第1100002933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其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實於醫院接受診療者，包含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。

以未滿十五歲之未成年者為被保險人，若被保險人已投保之人壽保險契約(附)約或傷害保險契約(附)約或旅行平安保險契約，如被保險人於未滿十五歲時身故，其累計之喪葬費用保險金給付總和已達遺產及贈與稅法第17條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半，本保險公司就超過部分不負給付責任，並依契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。

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47.8%，最低39.0%；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：台北市中山區遼寧街179號(7~14樓)

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。

專案組合

兒童傷害主險		計畫A	計畫B	計畫C
1.	安心照顧個人綜合：個人責任保險 (自負額2,500元)	25萬	50萬	100萬
2.	享安心個人傷害保險：身故及失能	61.5萬	61.5萬	61.5萬
3.	享安心個人傷害失能保險	100萬	150萬	200萬
4.	特定燒燙傷給付 (依等級表 6 級 11 項)	300萬	400萬	500萬
5.	傷害保險顏面傷害整型費用	30萬	50萬	100萬
6.	傷害緊急救護費用 (限額實支實付)	2,500	2,500	2,500
7.	住院醫療保險金 (最高90日)	1,000 / 日	1,500 / 日	2,000 / 日
	骨折未住院津貼 (依骨折表換算限額)	最高3萬	最高4.5萬	最高6萬
8.	傷害醫療日額給付型 加護病房醫療保險金 (最高90日)	1,000 / 日	1,500 / 日	2,000 / 日
9.	燒燙傷病房醫療保險金 (最高90日)	2,000 / 日	3,000 / 日	4,000 / 日
10.	住院生活補助金 (住院治療達3日(含)以上)	3,000 / 次	3,000 / 次	3,000 / 次
11.	個人傷害住院安心療養給付 (最高90日)	500 / 日	750 / 日	1,000 / 日
12.	實支實付傷害醫療給付 (每次事故限額)	2萬	3萬	4萬
13.	個人傷害保險骨折給付 (依骨折表比例換算定額)	1萬	1.5萬	2萬
傷害保險年繳保險費 (NT\$)		2,035	2,502	2,959

兒童健康險		計畫A	計畫B	計畫C			
1.	初次罹患癌症保險金	30萬	30萬	30萬			
2.	初次罹患原位癌保險金	3萬	3萬	3萬			
3.	特定癌症增額保險金	6萬	6萬	6萬			
4.	癌症生活補助保險金	1.5萬	1.5萬	1.5萬			
5.	住院醫療保險金	1 ~ 30 日	1,000 / 日	1,000 / 日	1,500 / 日		
		31 ~ 365日	2,000 / 日	2,000 / 日	3,000 / 日		
6.	加護病房保險金	最高90日	2,000 / 日	2,000 / 日	3,000 / 日		
7.	燒燙傷中心醫療保險金	最高90日	3,000 / 日	3,000 / 日	4,500 / 日		
8.	住院看顧保險金	最高90日	-	500 / 日	750 / 日		
9.	外科手術保險金	依手術比例	-	-	4.5萬 x 手術比例		
健康保險首年年繳保險費(0~14歲適用)(NT\$)		男	女	男	女	男	女
		1,134	1,203	1,543	1,594	3,589	3,295
健康保險首年年繳保險費 (15歲適用)(NT\$)		1,225	1,292	1,652	1,701	3,759	4,017

◎ 新十全兒童照護升級版分期保費計算方式：(傷害保險主約 + 健康保險主約) x 分期係數

◎ 分期保費計算：年繳保費 x 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

保險年齡	健康保險續年費率表					
	計畫A		計畫B		計畫C	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
0-14	1,239	1,308	1,679	1,728	3,879	3,558
15-19	1,340	1,411	1,800	1,851	4,065	4,341
20-24	1,376	1,486	1,836	1,926	4,101	4,416
25-29	1,785	1,951	2,355	2,581	5,400	6,051
30-34	2,025	2,305	2,595	2,935	5,640	6,405
35-39	3,064	3,266	3,864	4,186	8,049	8,616
40-44	3,682	4,016	4,482	4,936	8,667	9,366
45-49	5,161	5,246	6,181	6,286	11,706	11,571
50-54	6,663	6,219	7,863	7,289	14,763	13,464
55-59	8,909	7,362	10,309	8,482	19,149	15,972
60-64	12,102	9,140	13,772	10,400	25,167	19,755
65-69	16,125	11,258	18,175	12,818	32,820	24,693
70-74	20,728	14,002	23,368	16,092	41,988	31,092
75	23,062	16,301	26,202	18,821	47,517	35,946

投保規則

項目		傷害保險	健康保險
年齡限制	新保	0 ~ 未滿15足歲	0 ~ 15足歲
	續保	75歲	75歲
等待期間	首年	無等待期	1.癌症、原位癌等待期90日 2.住院醫療疾病等待期30日
	續年		無等待期
繳費年期	一年期		
繳別	年繳、半年繳、季繳、月繳		

備註：1. 本專案專為未滿15足歲者設計，建議年滿15足歲後轉保「兩全其美」專案，以完整保險規劃。

2. 本保險商品疾病之等待期間為三十日，等待期間為契約生效日後三十日內，但續保者不受本項三十日約定之限制。

3. 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。

4. 本專案係以職業類別1類承保，被保險人如非以職業類別1類

5. 續保時，請通知本公司辦理職業類別變更並重新計算保費。本公司保留承保與否之決定，其他未盡詳細事項，悉依保單條款辦理。

6. 「本保險為非保證續保之保險商品」。

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	※以足歲計算，超過 6 個月加 1 歲	
	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		※數字 0 請以 0 書寫			
	電話	住宅：	公司：	分機：	手機：		
要保人	E-MAIL	※數字 0 請以 0 書寫		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		
	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號碼/統一編號	出生日期	年 月 日	
	住所(通訊)地址	<input type="checkbox"/> 同(主)被保險人住所地址(可免填要保人住所(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	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		
	未填寫則為法定繼承人			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。			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)						

「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、帕金森氏症、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。
以下告知事項於加保健康保險時告知：

3. 被保險人目前之身高_____cm，體重_____kg

4. 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)

5. 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？

6. 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)、帕金森氏症、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、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。

7. 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。

8. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？

9. 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：

10. 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？

11. 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：





承保範圍		保險金額 (NT\$)			
兒童傷害主險		計畫 A	計畫 B	計畫 C	
1.	安心照顧個人綜合:個人責任保險(自負額 2,500 元)	25 萬	50 萬	100 萬	
2.	享安心個人傷害保險-身故及失能	61.5 萬	61.5 萬	61.5 萬	
3.	享安心個人傷害失能保險	100 萬	150 萬	200 萬	
4.	特定燒燙傷給付 (依等級表 6 級 11 項)	300 萬	400 萬	500 萬	
5.	傷害保險顏面傷害整型費用	30 萬	50 萬	100 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	
7.	傷害醫療日額給付型	住院醫療保險金 (最高 90 日)	1,000 元/日	1,500 元/日	2,000 元/日
		骨折未住院津貼 (依骨折表折算限額)	最高 3 萬	最高 4.5 萬	最高 6 萬
		加護病房醫療保險金 (最高 90 日)	1,000 元/日	1,500 元/日	2,000 元/日
		燒燙傷病房醫療保險金 (最高 90 日)	2,000 元/日	3,000 元/日	4,000 元/日
		住院生活補助金 (住院治療達 3 日(含)以上)	3,000 元/次	3,000 元/次	3,000 元/次
11.	個人傷害住院安心療養給付 (最高 90 日)	500 元/日	750 元/日	1,000 元/日	
12.	實支實付傷害醫療給付附加條款	2 萬	3 萬	4 萬	
13.	個人傷害保險骨折給付附加條款(依骨折表比例給付)	1 萬	1.5 萬	2 萬	
傷害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			
傷害保險年繳保險費 (NT\$)		<input type="checkbox"/> 2,035 元	<input type="checkbox"/> 2,502 元	<input type="checkbox"/> 2,959 元	
兒童健康險		計畫 A	計畫 B	計畫 C	
1.	初次罹患癌症保險金	30 萬	30 萬	30 萬	
2.	初次罹患原位癌保險金	3 萬	3 萬	3 萬	
3.	特定癌症增額保險金	6 萬	6 萬	6 萬	
4.	癌症生活補助保險金	1.5 萬	1.5 萬	1.5 萬	
5.	住院醫療保險金	1~30 日	1,000 元/日	1,000 元/日	1,500 元/日
		31~365 日	2,000 元/日	2,000 元/日	3,000 元/日
6.	加護病房保險金 (最高 90 日)	2,000 元/日	2,000 元/日	3,000 元/日	
7.	燒燙傷中心醫療保險金 (最高 90 日)	3,000 元/日	3,000 元/日	4,500 元/日	
8.	住院看護保險金 (最高 90 日)	-	500 元/日	750 元/日	
9.	外科手術保險金 (依手術比例)	-	-	4.5 萬 x 手術比例	
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			
健康保險年繳保險費(0~14 歲適用) (NT\$)		<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	<input type="checkbox"/> 元	
合計總保險費 (NT\$)		元 ※若繳別選擇非年繳者請勿填寫總保險費，以系統計算為主。			

※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。

下載版-新十全兒童-照護升級版(112.01)

0-FH0C002F-1



■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」內容約定最高給付金額為新台幣 200 萬元。

※被保險人如屬其他職業類別者，請洽本公司服務人員。
 ※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。
 ※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。

※投保「兒童主計畫」之主被保險人勾選

※主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
※主被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？（如勾選是者，請提供）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
※主被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）？（如勾選是者，請提供相關證明文件）	<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 18 足歲者須加簽）

要 保 人 簽 名：_____ 法 定 代 理 人 簽 名：_____
 （要保人未滿 18 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		
業務員簽名	報備號碼	保單寄送方式		
登錄字號	請以正楷簽名	<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）		
經辦代號（9 碼）	管理人十出單序號（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	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			

下載版-新十全兒童-照護升級版(112.01)

0-FH0C002F-2



**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，續保及繳費約定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

《續保及繳費約定》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續保及繳費約定附加條款時，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。

※如有授權續保及繳費約定者須簽名；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-A90C0550-0

下載版-單信用卡授權書 111.08 新修八版

投保險種：	被保險人	(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多重職業別者，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"/>									
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"/>									

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



(1000615 金管保理字第 10002557912 號函洽悉及 1001021 金管保理字第 10000144170 號函洽悉)

一、基本資料

1. 要保人 A. 姓名 _____ B. 公司名稱 _____ C. 工作內容/職位 _____
 D. 現職年資 (1) 1 年以下 (2) 1~3 年 (3) 3~5 年 (4) 5~10 年 (5) 10 年以上
 E. 行業別 (1) 政府機構/公營事業 (2) 學術/教育/醫療機構 (3) 金融保險業
 (4) 高階專業服務 (5) 一般專業技術服務 (6) 勞力服務業 (7) 非勞力服務業
 (8) 傳統製造業 (9) 電子科技業 (10) 其他 _____
2. 被保險人 同上
 A. 姓名 _____ B. 公司名稱 _____ C. 工作內容/職稱 _____
 D. 現職年資 (1) 1 年以下 (2) 1~3 年 (3) 3~5 年 (4) 5~10 年 (5) 10 年以上

二、企業投資(自營企業、合夥人、大股東)

1. 公司名稱：_____ 營業性質：_____ 資本額：_____ 萬元。成立時間：_____ 年 _____ 月。
 2. 持股比例：_____ %，股份持有人：(1) 要保人 (2) 被保險人 (3) 其他 _____ (關係：_____)
 3. 最近三年平均營業收入：_____ 萬，稅前淨利：_____ 萬。統一編號：_____

三、要/被保險人之財務狀況

1. 投保目的：(1) 增加保障 (2) 風險移轉 (3) 子女教育經費 (4) 房屋貸款 (5) 其他 _____
 2. 被保險人是否已投保或正在申請產險保單 否 是 (如是，請勾選下列選項)

保險公司	險種類型	保險公司	險種類型
	(1) <input type="checkbox"/> 車險 (2) <input type="checkbox"/> 火險 (3) <input type="checkbox"/> 傷害險		(1) <input type="checkbox"/> 車險 (2) <input type="checkbox"/> 火險 (3) <input type="checkbox"/> 傷害險
	(1) <input type="checkbox"/> 車險 (2) <input type="checkbox"/> 火險 (3) <input type="checkbox"/> 傷害險		(1) <input type="checkbox"/> 車險 (2) <input type="checkbox"/> 火險 (3) <input type="checkbox"/> 傷害險

3. 被保險人是否已擁有信用卡 否 是 (如是，請勾選下列選項)

發卡銀行	信用卡等級	發卡銀行	信用卡等級
	(1) <input type="checkbox"/> 普 (2) <input type="checkbox"/> 金 (3) <input type="checkbox"/> 白金 (4) <input type="checkbox"/> 鑽石 (5) <input type="checkbox"/> 無限 (6) <input type="checkbox"/> 其他		(1) <input type="checkbox"/> 普 (2) <input type="checkbox"/> 金 (3) <input type="checkbox"/> 白金 (4) <input type="checkbox"/> 鑽石 (5) <input type="checkbox"/> 無限 (6) <input type="checkbox"/> 其他
	(1) <input type="checkbox"/> 普 (2) <input type="checkbox"/> 金 (3) <input type="checkbox"/> 白金 (4) <input type="checkbox"/> 鑽石 (5) <input type="checkbox"/> 無限 (6) <input type="checkbox"/> 其他		(1) <input type="checkbox"/> 普 (2) <input type="checkbox"/> 金 (3) <input type="checkbox"/> 白金 (4) <input type="checkbox"/> 鑽石 (5) <input type="checkbox"/> 無限 (6) <input type="checkbox"/> 其他

4. 住居住所 _____ 年。(1) 本人所有 (2) 配偶所有 (3) 租賃 (4) 親屬所有 (5) 其他 _____
 5. 要保人/被保險人/家庭主要經濟者年收入：
 (1) 25 萬以下 (2) 26~50 萬 (3) 51~75 萬 (4) 76~100 萬 (5) 101~125 萬 (6) 126~150 萬
 (7) 151~175 萬 (8) 176~200 萬 (9) 201~225 萬 (10) 226~250 萬 (11) 251~275 萬 (12) 276~300 萬
 (13) 301~325 萬 (14) 326~350 萬 (15) 351~375 萬 (16) 376~400 萬 (17) 401 萬以上(_____ 萬)
 收入來源：(1) 薪資收入(_____ 萬) (2) 房租收入(_____ 萬) (3) 利息收入(_____ 萬) (4) 其他 _____ (_____ 萬)
 6. 被保險人個人淨資產：
 A. 資產總額：(1) 0~100 萬 (2) 101~500 萬 (3) 501 萬~1000 萬 (4) 1001 萬~1500 萬 (5) 1501 萬以上
 主要資產：(1) 土地房屋(_____ 萬) (2) 股票基金(_____ 萬) (3) 定存現金(_____ 萬) (4) 其他 _____ (_____ 萬)
 B. 負債總額：(1) 0~100 萬 (2) 101~500 萬 (3) 501 萬~1000 萬 (4) 1001 萬~1500 萬 (5) 1501 萬以上
 主要負債：(1) 房屋貸款(_____ 萬) (2) 信用貸款(_____ 萬) (3) 創業貸款(_____ 萬) (4) 其他 _____ (_____ 萬)
 7. 所扶(贍)養之人數 (1) 1 人 (2) 2 人 (3) 3 人 (4) 4 人~

四、要/被保險人聲明

- 備註：1. 本公司依「個人資料保護法」之相關規定，對上述之個人資料，不得透露予不相關之第三人。
 2. 本公司不得以上述個人資料主張保險法第 64 條之規定。

(主)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：
 ((主)被保險人未滿 18 足歲者須加簽)

關係：_____

要保人簽名：_____

法定代理人簽名：
 (要保人未滿 18 足歲者須加簽)

關係：_____

業務員：_____

填寫日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

0-G90C0023-0

