

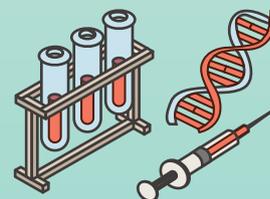


初次罹患癌症保障



新增免疫藥物！
再升級！

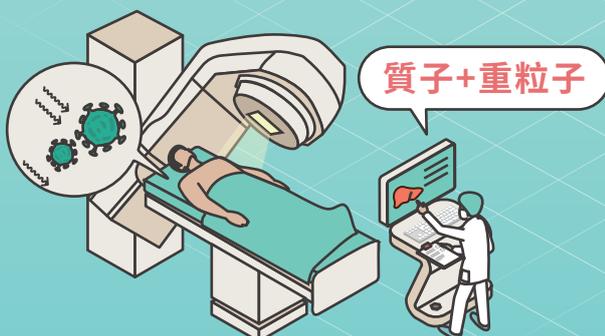
標靶治療藥物
費用健康保險



癌症基因檢測保障

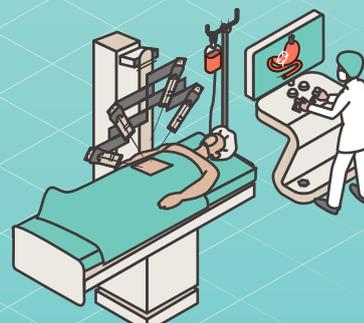
愛藥即時3.0

面對癌症真正關鍵在於「有能力選擇最有效的治療方法」



質子+重粒子

癌症特定粒子
精準放射治療健康保險



癌症達文西手術
醫療費用健康保險

全方位癌症守護 保險讓您有選擇權！

主計畫

- 提供「癌症達文西手術、標靶藥物」高額自費缺口保障！
- 「癌症達文西手術、標靶藥物」之賠償責任期間，自診斷確診日起長達「3年」！
- 癌症標靶藥物治療「新增免疫藥物」，實支實付最高給付500萬！

加值計畫

- 「癌症基因檢測」保障，保期內定額給付10萬！
- 「癌症特定粒子放射治療」保障，保期內定額給付100萬！
- 「初次罹患癌症保險金」保期內定額給付最高50萬！另提供六大特定癌症增額給付！

富邦產險

正向力量 熱情守護™

商品核准名稱：富邦產物增守護初次罹患癌症標靶治療藥物費用健康保險、富邦產物初次罹患癌症達文西手術醫療費用健康保險、富邦產物個人初次罹患癌症健康保險、富邦產物初次罹患癌症基因檢測費用健康保險、富邦產物初次罹患癌症特定粒子精準放射治療健康保險、富邦產物傷害暨健康保險續保及繳費約定附加條款(非保證續保)、富邦產物保險費分期繳付附加條款。

商品核准文號：114.06.13富保業字第1140001201號函備查、114.06.13富保業字第1140001200號函備查、98.07.10(98)富保研發個字第056號函備查、113.08.05依金融監督管理委員會113.06.28金管保壽字第11304207572號函修正、114.06.13富保業字第1140001202號函備查、114.06.13富保業字第1140001203號函備查、106.01.23富保業字第1060000167號函備查、112.09.05富保業字第1120010833號函備查、101.09.11富保業字第1010001286號函備查、111.11.21依金融監督管理委員會111.08.30金管保壽字第1110445485號函修正。

給付項目：癌症標靶治療藥物費用保險金、癌症達文西手術醫療費用保險金、初次罹患癌症保險金、初次罹患原位癌保險金、特定癌症增額保險金、癌症生活補助保險金、罹癌後癌症基因檢測費用保險金、癌症特定粒子放射治療保險金。

消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外責任、不保事項及商品風險，相關內容均詳列於保單條款及相關銷售文件，如有疑義請洽詢銷售人員以詳細說明。

本保險所稱之「住院」：係指被保險人經醫師診斷其罹患癌症必須入住醫院，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所稱之日間住院及精神衛生法所稱之日間留院/日間照護。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：0800-009-888)或網站(網址：www.fubon.com)，以保障您的權益。

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。

地址：台北市中山區遼寧街179號7-14樓

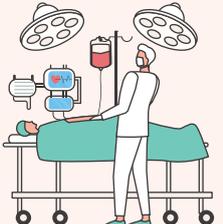
第1頁，共4頁

fubon.com

不再「聞癌色變」!

隨著癌症治療發展，選擇高端精準的治療方式，有效提高存活率。

▶ 五大癌症治療方式

健保給付	高額自費(健保部分給付)			
化學治療 	手術治療 ◀ 達文西手術 	放射治療 ◀ 特定粒子 (質子/重粒子) 	免疫治療 ◀ 免疫藥物 	標靶治療 ◀ 標靶藥物 

一年動輒「上百萬」的癌症治療費用，需更完整的保險商品補強保障缺口!

▶ 癌症治療支出高額費用

(單位:年)

癌症種類	藥品名	標靶藥物	達文西手術	癌症種類	藥品名	免疫藥物
肺癌	瘤利剋	220~250萬	18~20萬	非小細胞肺癌	保疾伏	約212萬元
	泰格莎	210~240萬			癌自禦	約199萬元
大腸癌	爾必得舒	160~220萬	15~18萬		益伏	約380萬元
乳癌	賀癌寧	200~250萬	20~22萬	皮膚癌(黑色素瘤)	吉舒達	約172萬元
	賀疾妥	130~160萬			保疾伏	約212萬元
卵巢癌	令癌莎	300~360萬	20~25萬	血癌	吉舒達	約148萬元
					保疾伏	約163萬元

[註]: 依各醫院定價為準

資料來源: 中華民國癌症學會、現代保險雜誌, 實際以健保署公告為準。

Q: 何謂「癌症基因檢測」?

A: 係指「癌症診斷、治療及預後」之基因檢測。針對已罹癌者的腫瘤基因分析, 精準治療。

癌症病人為什麼要做癌症基因檢測?

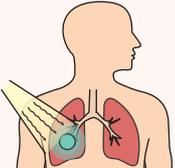
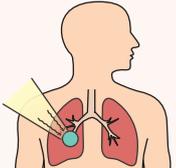
- 1. 精確診斷**
與個人化醫療 (協助藥物選擇) 
- 2. 選擇最佳治療方案**
(避免無效治療) 
- 3. 監測癌症復發與轉移**
(預估預後風險) 

費用: 大約5萬-20萬不等
透過基因檢測, 能夠精準治療、精準用藥
讓治療效率提高一倍!

Q: 何謂「特定粒子放射線治療」?

A: 特定粒子治療含質子與重粒子, 具高精準度與低副作用的優點, 大幅降低正常組織傷害, 以提升癌細胞治療效果。

種類	放射線特性	對癌細胞破壞力 (以X光為基準)	組織傷害	照射次數 (以攝護腺癌為例)	副作用	優勢	
光子治療	X光	以直線進行, 沿路耗散能量	接近1倍	較大	約35~40次	較大	價格較便宜
粒子治療	質子	因布拉格峰特性, 抵達腫瘤區與才釋放最大能量	1.1倍 	較小	約35~40次	較小	副作用較小 降低組織傷害 治療期間縮短 
	重粒子		3倍以上 		約12次 		

X光治療	質子/重粒子治療
	
射線進入體內隨後遞減能量, 在抵達腫瘤過程中可能傷害經過的正常組織。	射線進入體內能將能量釋放集中於腫瘤部位, 能大幅降低正常組織的傷害。
費用: 大約60萬-140萬不等 減少副作用, 改善治療效果, 大幅提高存活率!	

主計畫方案

保障內容		計畫A	計畫B
1	初次罹患癌症達文西手術醫療費用健康保險(限正本醫療費用收據)	約定三年賠償期間累計最高 30萬	50萬
2	增守護初次罹患癌症標靶治療藥物費用健康保險(限正本醫療費用收據)	約定三年賠償期間累計最高 300萬	500萬

加值方案

保障內容		方案一	方案二	
3	個人初次罹患癌症健康保險-甲型	初次罹患癌症保險金	30萬	50萬
4		初次罹患原位癌保險金	3萬	5萬
5		特定癌症增額保險金	6萬	10萬
6		癌症生活補助保險金	1.5萬	2.5萬
7	初次罹患癌症基因檢測費用健康保險	保期內定額給付一次 10萬	10萬	
8	初次罹患癌症特定粒子精準放射治療健康保險	保期內定額給付一次 100萬	100萬	

註1:加值方案需搭配主計畫一併承保,恕無法單獨承保。

註2:加購加值方案一需搭配主計畫A,加購加值方案二需搭配主計畫B,不得任意交叉選擇。

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。

主計畫方案



初次罹患癌症「達文西手術醫療費用」健康保險 (限正本醫療費用收據)

被保險人於保期內,經醫師診斷確定初次罹患癌症(惡性腫瘤或原位癌),本公司自該診斷確定日起三年內,對被保險人因依專科醫師指示因以治療癌症為直接原因並以切除惡性腫瘤或切除癌症病灶為目的,於中華民國境內醫院住院接受達文西機械手臂手術治療時,本公司依約定給付保險金,累計最高給付金額以保險單所載「癌症達文西手術醫療費用保險金」為上限。



初次罹患癌症「標靶治療藥物費用」健康保險 (限正本醫療費用收據)

新增「免疫藥物」!藥品清單再升級!「標靶+免疫藥物」聯手,提升癌症存活率!

被保險人於保期內,經醫師診斷確定初次罹患癌症(惡性腫瘤或原位癌),本公司自該診斷確定日起三年內,對被保險人因依專科醫師指示而實際於中華民國境內接受標靶治療時,對其依全民健保規定應自行負擔及不屬全民健保給付範圍之「標靶治療」藥物(含口服及注射)費用,本公司依約定給付保險金,累計最高給付金額以保險單所載「癌症標靶治療藥物費用保險金額」為上限。

註:標靶治療藥物(含免疫藥物),僅限保單附表清單所列,且每次處方應依中央衛生主管機關或美國衛生主管機關核准之適應症內使用。

加值方案



個人初次罹患癌症健康保險甲型

- 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,如「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。

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,經病理檢驗符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」版本歸屬於**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,經病理檢驗符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」版本歸屬於**惡性腫瘤(不含原位癌)**。



初次罹患癌症基因檢測費用健康保險

- 被保險人於保期內,經醫院醫師診斷確定初次罹患癌症(惡性腫瘤或原位癌),因醫師指示而實際於中華民國境內接受「癌症基因檢測」時,本公司給付「罹癌後癌症基因檢測費用保險金」,其保險金給付以一次為限。
- 癌症基因檢測:係指癌症「診斷、治療及預後」之基因檢測。



初次罹患癌症特定粒子精準放射治療健康保險

- 被保險人於保期內,經醫院醫師診斷確定初次罹患癌症(惡性腫瘤或原位癌),因依專科醫師指示而實際於中華民國境內醫院接受「癌症特定粒子放射治療」時,本公司給付「癌症特定粒子放射治療保險金」,其保險金給付以一次為限。
- 癌症特定粒子放射治療:以治療癌症為目的,利用加速作用產生高能帶電粒子,透過直接或間接的方式產生粒子射線,經由射線傳遞能量到治療惡性腫瘤或癌症病灶處,以控制惡性腫瘤生長或緩解症狀的一種放射治療方式。前述所稱粒子僅限為「質子及重粒子」。

核保規範

繳費年期	一年期	
新保年齡	計畫A:25~64歲;計畫B:0~64歲	
續保年齡	75歲	
等待期說明	首年	癌症等待期90日,保障9個月
	續年	無等待期,保障12個月
繳別	年繳、半年繳、月繳、季繳	

- 本商品為「非保證續保」之保險商品。
- 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。
- 本保險商品癌症之等待期間為90日,等待期間為契約生效日後90日內,但續保者不受本項90日約定之限制。

年繳費率表

單位:新台幣元

計畫別	計畫 A				計畫 B			
	男		女		男		女	
年齡 / 首續	首期	續期	首期	續期	首期	續期	首期	續期
0-4歲	-	-	-	-	1,405	1,873	1,156	1,541
5-9歲	-	-	-	-	853	1,137	829	1,105
10-14歲	-	-	-	-	941	1,255	777	1,036
15-19歲	-	-	-	-	995	1,327	1,024	1,365
20-24歲	-	-	-	-	921	1,229	896	1,195
25-29歲	1,026	1,368	1,257	1,677	1,360	1,813	1,571	2,095
30-34歲	1,602	2,135	2,439	3,253	2,058	2,745	2,895	3,859
35-39歲	2,369	3,158	4,220	5,627	2,955	3,941	4,839	6,452
40-44歲	3,666	4,888	7,500	10,000	4,441	5,921	8,504	11,338
45-49歲	5,758	7,677	12,243	16,324	6,866	9,155	13,924	18,565
50-54歲	8,453	11,271	13,417	17,888	9,950	13,267	15,425	20,568
55-59歲	11,541	15,389	15,292	20,390	13,676	18,236	17,759	23,679
60-64歲	14,862	19,817	17,463	23,284	17,431	23,241	20,173	26,897
65-69歲	-	24,749	-	25,223	-	28,994	-	29,234
70-74歲	-	33,699	-	28,040	-	39,362	-	32,763
75歲	-	39,618	-	30,791	-	46,141	-	35,837

計畫別	計畫 A + 方案一				計畫 B + 方案二			
	男		女		男		女	
年齡 / 首續	首期	續期	首期	續期	首期	續期	首期	續期
0-4歲	-	-	-	-	1,593	2,123	1,319	1,758
5-9歲	-	-	-	-	1,041	1,387	992	1,322
10-14歲	-	-	-	-	1,129	1,505	940	1,253
15-19歲	-	-	-	-	1,247	1,663	1,263	1,683
20-24歲	-	-	-	-	1,279	1,707	1,351	1,800
25-29歲	1,505	2,007	2,024	2,700	1,967	2,622	2,514	3,352
30-34歲	2,457	3,274	4,172	5,562	3,161	4,214	4,980	6,638
35-39歲	3,942	5,254	6,990	9,320	4,990	6,653	8,227	10,969
40-44歲	6,348	8,463	11,767	15,688	7,894	10,524	13,764	18,350
45-49歲	10,157	13,543	18,750	25,000	12,491	16,655	21,814	29,085
50-54歲	15,357	20,475	21,626	28,833	18,610	24,813	25,318	33,759
55-59歲	21,758	29,012	25,288	33,718	26,507	35,345	29,801	39,735
60-64歲	29,772	39,697	30,065	40,086	36,202	48,269	35,445	47,259
65-69歲	-	52,182	-	45,596	-	63,577	-	54,039
70-74歲	-	69,535	-	51,925	-	84,390	-	61,956
75歲	-	79,963	-	57,568	-	96,374	-	68,528



富邦產物健康保險要保書

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			※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	<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 代表人身分證號碼	
	住所 (通訊) 地址	與 (主) 被保險人關係						
	電話	住宅：	公司：	分機：	手機：			
保單型式	為響應環保，本人同意設定電子保單暨電子通知 (手機或 email 擇一必填，以下毋須勾選) ※若不同意電子保單，請擇一勾選 <input type="checkbox"/> 紙本保單+電子條款 (可掃描 QR Code 下載保單條款) <input type="checkbox"/> 紙本保單+紙本條款							
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，或續保及繳費約定附加條款選擇「不同意」時，雖於本項勾選，仍不生續保效力。								
續保及繳費約定	<input type="checkbox"/> 同意附加 <input type="checkbox"/> 不同意附加 (未勾選者視為不同意附加續保及繳費約定附加條款)							

承保範圍			保險金額 (NT\$)	
			計畫 A	計畫 B
主計畫	1.	初次罹患癌症達文西手術醫療費用健康保險	約定三年賠償期間累計最高給付 30 萬	50 萬
	2.	增守護初次罹患癌症標靶治療藥物費用健康保險	約定三年賠償期間累計最高給付 300 萬	500 萬

【加值方案】

承保範圍			方案一	方案二	
加值方案	3.	初次罹患癌症保險金	30 萬	50 萬	
	4.	個人初次罹患癌症健康保險甲型	初次罹患原位癌保險金	3 萬	5 萬
	5.		特定癌症增額保險金	6 萬	10 萬
	6.		癌症生活補助保險金	1.5 萬	2.5 萬
	7.	初次罹患癌症基因檢測費用健康保險	保期內定額給付一次 10 萬	10 萬	
	8.	初次罹患癌症特定粒子精準放射治療健康保險	保期內定額給付一次 100 萬	100 萬	

主計畫	投保計畫	<input type="checkbox"/> 計畫 A (CH-168-000096)	<input type="checkbox"/> 計畫 B (CH-168-000097)
主計畫 + 加值方案		<input type="checkbox"/> 計畫 A + 方案一 (CH-168-000098)	<input type="checkbox"/> 計畫 B + 方案二 (CH-168-000099)
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\$)		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。	



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、四肢機能障害、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）、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、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？

婦女欄一被保險人為女性時，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：

※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)

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

※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。

※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。

※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？（如勾選是者，請提供） 是 否

※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） 是 否

※本人(要保人)已審閱 貴公司所提供之保險單條款，並於下方欄位簽名。

要保人簽名：_____ 法定代理人/監護人簽名：_____

(未滿 7 足歲或受監護宣告者 (要保人未滿 18 足歲或受監護宣告者須加簽)

由法定代理人/監護人代簽

※本人(要保人、被保險人)於要保文件簽署前，已審閱並瞭解貴公司所提供之「要保書填寫說明」、「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，並於要保人、被保險人欄位簽名。

(主)被保險人簽名：_____ 法定代理人/監護人簽名：_____

(未滿 7 足歲或受監護宣告者 ((主)被保險人未滿 18 足歲或受監護宣告須加簽)

由法定代理人/監護人代簽

要保人簽名：_____ 法定代理人/監護人簽名：_____

(未滿 7 足歲或受監護宣告者 (要保人未滿 18 足歲或受監護宣告者須加簽)

由法定代理人/監護人代簽

要保日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保單備註		業務員/經辦欄			
招攬人員簽名	報備號碼	索取英文投保證明 <input type="checkbox"/> 是		保單寄送方式	
登錄字號	經辦代號 (9 碼)	管理人+出單序號 (10 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)		
管理人姓名	保經、代公司簽章				
保經代單位名稱	保經代單位代號		流水編號		

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. 簽章 <input type="checkbox"/> Y 是 <input type="checkbox"/> N			





【財產保險商品】書面分析報告 ※續保件且投保條件相同者免填

一. 基本資料(塗改請要保人親簽)

要保人(<input type="checkbox"/> 同被保人)		被保險人 (如團體投保請填一人代表其餘詳名冊)	
姓名		姓名	
性別		性別	
年齡	___年/___月/___日 歲:___	年齡	___年/___月/___日 歲:___
投保車險必填欄位		身分證字號	
		車牌號碼	
		車輛種類	<input type="checkbox"/> 機車 <input type="checkbox"/> 汽車

二. 保險需求(塗改請要保人親簽)

是否有指定之保險公司	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, _____保險公司
本次投保之目的及需求(可複選)	<input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 責任保障 <input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 其他:_____
欲投保之保險種類	<input type="checkbox"/> 任意車險 <input type="checkbox"/> 火險/地震險 <input type="checkbox"/> 僱主責任險 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 教責險 <input type="checkbox"/> 其他_____
保險期間	___年___月___日起 ~ ___年___月___日止
欲投保之保險金額	保額_____萬元/元
被保人是否已投保其他商業保險之有效保險契約?	<input type="checkbox"/> 是, _____保險公司 <input type="checkbox"/> 否

三. 保險費支出(塗改請要保人親簽)

預估繳交之保險費	幣別: ___台幣 保費: _____元
----------	----------------------

四. 業務員建議事項(塗改請業務員親簽)

保險公司名稱及概況	<input type="checkbox"/> _____產物保險(股)公司提供DM, <input type="checkbox"/> 保險公司網站 <input type="checkbox"/> 保發中心網站 查詢概況
保險險種名稱: (填寫商品名稱)	<input type="checkbox"/> 任意車險 <input type="checkbox"/> 火險/地震險 <input type="checkbox"/> 僱主責任險 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 教責險 <input type="checkbox"/> 其他_____
保險金額	保額: _____萬元/元(團單詳名冊)
保障範圍	<input type="checkbox"/> 提供商品DM <input type="checkbox"/> 提供商品條款 <input type="checkbox"/> 提供投保項目報價單
保險費	保費: _____元(團單請填總保費)
建議投保保險公司理由	<input type="checkbox"/> 商品符合規畫 <input type="checkbox"/> 其他_____
報酬收取說明	◎本公司規定不得向要保人收取任何型式報酬。

本人 已審閱「蒐集、處理及利用相關之健康檢查、醫療、病歷及個人資料告知事項」內容

要保人簽名: _____ 被保人簽名: _____

法定代理人簽名: _____ (與要/被保人的關係: _____)

業務人員簽名: _____ 登錄證字號: _____

日期: _____年 _____月 _____日 保經公司簽章: _____

承利保險經紀人履行個人資料保護法 蒐集、處理及利用個人資料告知書

承利保險經紀人股份有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第 8 條第 1 項（如為間接蒐集之個人資料則為第 9 條第 1 項）規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

（一）保險經紀業務 （二）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別：

包含但不限姓名、身分證統一編號、聯絡方式等個人資料(詳如相關業務申請書或契約書內容)

三、個人資料之來源（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）

（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）於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、地區、對象、方式：

（一）期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間
（二）對象：本公司、產、壽險公司、財團法人金融消費評議中心、業務委外機構、依法有調查權機關、金融監理機關或因辦理產、壽險相關業務需要之第三方。
（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 3 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. 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： 台端可透過本公司客服專線 0800-210-383、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，因此將婉謝、延遲或無法提供相關服務（視業務性質記載）。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除上述說明書所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供 台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)，本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致 承利保險經紀人股份有限公司



特別提醒事項聲明書

本人(即要保人及被保險人)茲聲明並確認已瞭解本次申請投保含實支實付型保險給付之商品(以下簡稱本商品)其保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註1)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，貴公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

本人(即要保人及被保險人)聲明本次投保已詳閱本聲明書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所投保商品理賠原則。

此致富邦產物保險股份有限公司

要保人簽章：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ (註2)

被保險人簽章：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ (註3)

業務員／保險經紀人（保險代理人）簽名：_____

註 1：同性質保險商品：係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如：數張實支實付型傷害醫療保險為同性質，但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

註 2：如要保人為未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如要保人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

註 3：如被保險人為未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如被保險人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

中華民國 年 月 日



**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	※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」。
	<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/兄弟姐妹/子女/(外)孫子女
 - 持卡人為法人、法人負責人或該企業員工

*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-A90C0551-0

下載版-單信用卡授權書 114.02 新修九版

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)			
<small>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。</small>				
(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_____。
- 招攬人員已瞭解要保人及被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可足資傳遞電子文件之聯絡方式？是。
(保險契約係以電子保單型式出單者適用。備註：若招攬之險種非以電子保單型式出單者，則無需勾選，即便勾選視同無記載)

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
9. 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"/>									
10. 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，請於招攬人員欄簽章。

招攬單位： 招攬人員簽名： 核保人簽章： 保經、代公司簽章：
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。
- （四）090 消費者、客戶管理與服務。
- （五）157 調查、統計與研究分析。
- （六）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、衛生福利部中央健康保險署、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/PIPA/index.html>），如有任何問題歡迎洽詢本公司
0800-009-888 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。