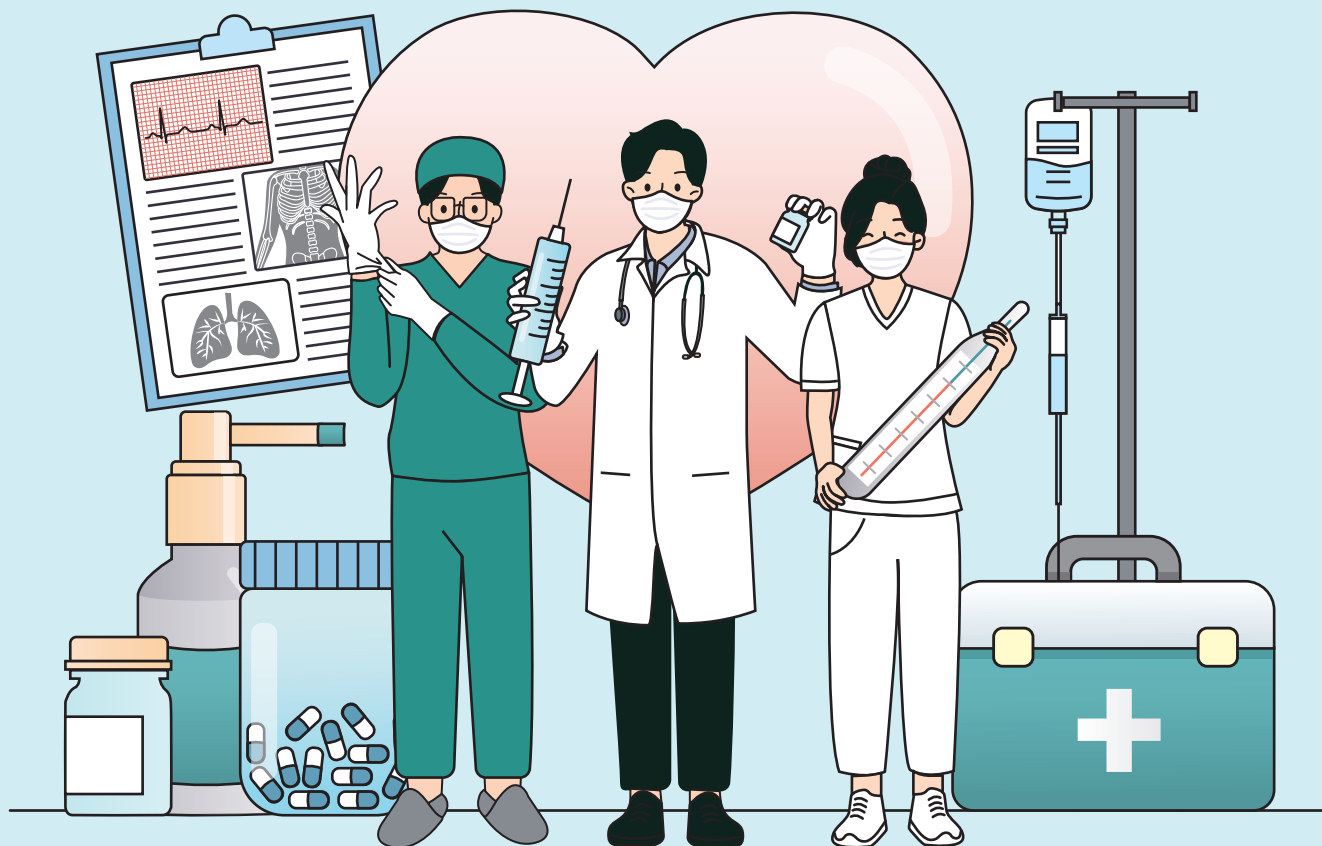




健康守護 3.0



365天，天天守護您的健康

商品核准名稱：富邦產物個人定額給付住院醫療保險甲型、富邦產物十全海外突發疾病健康保險、富邦產物新個人特定疾病實支實付住院醫療保險、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、富邦產物保險費分期繳付附加條款、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)。

商品核准文號：97.09.16(97)富保研發個字第005號函備查、112.04.10富保業字第1120004897號函備查、99.02.01(99)富保研發個字第013號函備查、99.02.01(99)富保研發個字第013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、110.06.03富保業字第1100001152號函備查、113.07.02依金融監督管理委員會113.06.28金管保壽字第11304207572號函修正、109.03.17富保業字第1090000673號函備查、101.09.11富保業字第1010001286號函備查。

給付項目：住院醫療保險金、加護病房保險金、燒燙傷中心醫療保險金、住院看顧保險金、外科手術保險金、海外突發疾病住院醫療保險金、特定疾病每日病房費用保險金、特定疾病住院醫療費用保險金、特定疾病手術費用保險金。



富邦產險

正向力量 熱情守護™

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在醫院接受診療者，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。

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。

承保範圍			新計畫A	新計畫B	新計畫C
1	住院醫療保險金	1日-30日	1,000/日	2,000/日	3,000/日
		31日-365日	2,000/日	4,000/日	6,000/日
2	加護病房保險金	最高90日	2,000/日	4,000/日	6,000/日
3	燒燙傷中心醫療保險金	最高90日	3,000/日	6,000/日	9,000/日
4	住院看顧保險金	最高90日	500/日	1,000/日	1,500/日
5	外科手術保險金	依手術比例	3萬x手術比例	6萬x手術比例	9萬x手術比例
6	十全海外突發疾病 住院醫療保險金	最高90日	1,000/日	1,500/日	2,000/日
7	新個人特定疾病實支實付住院醫療保險	每次住院	10萬	20萬	30萬

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. 疾病(含特定重大疾病) 等待期30日,保障11個月 2. 個人特定疾病實支實付住院醫療 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	

註1: 本保險商品疾病(含特定重大疾病)等待期間為三十日,等待期間為契約生效後三十日內,但續保者不受本項三十日約定之限制。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。

註2: 「本商品為非保證續保之保險商品」



簡介僅供參考,詳細內容以保單條款為準

險種說明

定額給付住院醫療保險

第1重保障

住院醫療保險金因傷害或疾病入住

一般病房

- ◆ 1~30日依住院醫療保險金日額給付。
- ◆ 31~365日依住院醫療保險金日額X2倍給付。

加護病房

- ◆ 住院醫療保險金日額X2倍給付,上限90日。

燒燙傷中心醫療病房

- ◆ 住院醫療保險金日額X3倍給付,上限90日。

第2重保障

住院看顧保險金

- ◆ 貼心規劃住院看顧保險金,以彌補住院看顧需求之保障缺口。
- ◆ 住院醫療保險金日額X50%。
- ◆ 最高給付日數上限90日。

第3重保障

外科手術保險金

- ◆ 於保期內因疾病或傷害,經醫師診斷確定為條款附表所指定「手術項目」之一,且經外科手術診療並住院時,本公司按保單所載額度乘以條款附表「手術項目給付比率表」,給付「外科手術保險金」。
- ◆ 被保險人所接受之外科手術,若不在條款附表所載的項目內時,本公司將比照附表內程度相當之外科手術項目之給付比率,計算給付金額。

十全海外突發疾病住院醫療保險

因於海外停留期間發生突發疾病且在海外醫療機構接受住院診療時,按日定額給付「十全海外突發疾病住院醫療保險金」。



新特定疾病實支實付住院醫療保險

因初次罹患癌症或特定重大疾病,以全民健康保險之保險對象身分住院診療時,按被保險人住院期間內所發生,且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之每日病房費用、住院醫療費用、手術費用核付。

本公司對被保險人於「每一次住院」最高給付以保險單所載「新特定疾病實支實付住院醫療保險金額」為限。

※癌症: 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,經病理檢驗確定符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」版本歸屬於惡性腫瘤或原位癌之疾病。

※特定重大疾病: 急性心肌梗塞(重度)、冠狀動脈繞道手術、末期腎病變、腦中風後障礙(重度)、癱瘓(重度)、重大器官移植或造血幹細胞移植。



年繳費率表

計畫別	計畫A				計畫B				計畫C			
	男性		女性		男性		女性		男性		女性	
年齡/首續	首期	續期	首期	續期	首期	續期	首期	續期	首期	續期	首期	續期
0-14歲	3,098	3,280	2,912	3,080	5,827	6,192	5,455	5,792	8,556	9,103	7,998	8,503
15-19歲	3,201	3,391	3,378	3,581	6,034	6,415	6,387	6,795	8,866	9,437	9,396	10,007
20-24歲	3,214	3,408	3,391	3,598	6,059	6,447	6,412	6,827	8,902	9,483	9,432	10,053
25-29歲	3,985	4,244	4,329	4,614	7,599	8,114	8,287	8,854	11,210	11,980	12,242	13,090
30-34歲	4,043	4,318	4,387	4,688	7,708	8,254	8,396	8,994	11,368	12,184	12,400	13,294
35-39歲	5,368	5,763	5,526	5,933	10,348	11,131	10,664	11,471	15,319	16,487	15,793	16,997
40-44歲	5,510	5,944	5,668	6,114	10,617	11,475	10,933	11,815	15,709	16,987	16,183	17,497
45-49歲	7,025	7,614	6,746	7,314	13,628	14,790	13,070	14,190	20,207	21,935	19,370	21,035
50-54歲	8,444	9,177	7,728	8,407	16,446	17,891	15,014	16,351	24,417	26,565	22,269	24,255
55-59歲	10,319	11,239	9,055	9,879	20,174	21,985	17,644	19,265	29,987	32,680	26,193	28,600
60-64歲	12,795	13,961	10,916	11,941	25,094	27,390	21,337	23,350	37,342	40,752	31,706	34,692
65-69歲	-	17,395	-	14,695	-	34,224	-	28,824	-	50,972	-	42,872
70-74歲	-	21,521	-	18,141	-	42,470	-	35,710	-	63,336	-	53,196
75歲	-	25,010	-	21,270	-	49,396	-	41,916	-	73,678	-	62,458

富邦產物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
	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：	
<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		電子保單
要保人	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：
	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 (未勾選者視為不同意附加續保及繳費約定附加條款)			

※本被保險人非因保約約定之承保權利事。故造成未死亡詳細，事項，本公司將依保單日條數比辦理計算。還未滿期其保險相關。商保資訊，人可查閱其本職司業網類站別或洽，服務洽本公司辦理。務人員。

承保範圍			保險金額 (NT\$)			
			<input type="checkbox"/> 新計畫 A (CH-168-000093)	<input type="checkbox"/> 新計畫 B (CH-168-000094)	<input type="checkbox"/> 新計畫 C (CH-168-000095)	
1.	個人定額給付	住院醫療保險金	1日-30日	1,000 元/日	2,000 元/日	3,000 元/日
			31日-365日	2,000 元/日	4,000 元/日	6,000 元/日
2.	住院醫療保險甲型	加護病房保險金	最高 90 日	2,000 元/日	4,000 元/日	6,000 元/日
3.		燒燙傷中心醫療保險金	最高 90 日	3,000 元/日	6,000 元/日	9,000 元/日
4.		住院看顧保險金	最高 90 日	500 元/日	1,000 元/日	1,500 元/日
5.		外科手術保險	依手術比例	3 萬 x 手術比例	6 萬 x 手術比例	9 萬 x 手術比例
6.	十全海外突發疾病	住院醫療保險金	最高 90 日	1,000 元/日	1,500 元/日	2,000 元/日
7.	新個人特定疾病實支實付住院醫療保險(每次住院)			10 萬	20 萬	30 萬
每一期分期保險費 (NT\$)			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			
年繳保險費 (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。			

下載版-一年期健康保險【新健康守護加 3.0】 (113.07)

1-FH0C063C-0





「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、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。
- 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、心臟肥大、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。
- 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。

※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。

※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？(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：_____ 法定代理人簽名：_____ (要保人未滿18足歲者須加簽)

※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：_____ 法定代理人簽名：_____ (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	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 (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+出單序號(10碼)			
管理人姓名	保經代簽章欄			
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. 簽署章 <input type="checkbox"/> Y 是 <input type="checkbox"/> N 否				





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，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



【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(□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 保經簽署人章: _____

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

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)			
<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_____。

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

