

富邦產物傷害保險(個人暨家庭型)要保書

保險單號碼	字第 HP 號	續保號碼	字第 HP 號
要保人	出生日期 年 月 日	身分證字號 / 統一編號	
聯絡地址	£££		
被保險人	出生日期 年 月 日 年齡	身分證字號	
聯絡地址	£££		聯絡電話 (H) - (O) - 行動電話：
E-MAIL			
保險期間	自民國 年 月 日午夜十二時起一年	工作內容	

保障內容		保險金額(NT\$) (來源別:083)(專案代號:)	
		□計畫一	□計畫二
1	一般意外殘廢保障(個人傷害險)	100 萬	200 萬
2	特定燒燙傷給付	300 萬	500 萬
3	個人責任保險(自負額 2,500 元)	50 萬	100 萬
4	傷害緊急救護費用	2,500 元/次	2,500 元/次
5	住實同 意外住院保險金(每次事故最高 90 日)	1,000 元/日	2,000 元/日
6	院支時 加護病房保險金(每次事故最高 45 日)	1,000 元/日	2,000 元/日
7	日實給 骨折未住院津貼(依骨折表折算限額)	3 萬	6 萬
8	額付付 住院慰問金(每次事故住院達 3 日(含)以上)	2,000 元/次	2,000 元/次
9	與 傷害醫療實支實付(每次事故限額)	2 萬	4 萬
年繳總保費		700	1,200

傷害保險自動續約附加條款 同意附加 不同意附加

※投保險種：富邦產物傷害保險(個人暨家庭型)、富邦產物傷害保險特定燒燙傷給付附加條款、富邦產物個人責任保險、富邦產物傷害醫療保險給付(日額型)附加條款、富邦產物傷害醫療保險給付(實支實付型)附加條款、富邦產物傷害緊急救護費用給付附加條款、富邦產物傷害保險自動續約附加條款。

※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。

告知事項

※被保險人告知事項：(下列欄位請由要保人及被保險人親自以「V」表
 示告知)

1. 被保險人詳細工作內容：_____；
 被保險人是否兼業？ 是，兼業內容：_____ 否

2. 過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診斷或用藥？
 (1) 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？ 是 否
 (2) 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障害(外表無法明顯判
 斷者)、精神病、巴金森氏症？..... 是 否

3. 目前身體機能是否有失明、聾、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害、四
 肢(含手指、足趾)缺損或畸形？..... 是 否
 以上若答「是」，請註明原因、病名、治療期間、治療方式、治療結果
 及有無復發、醫院名稱及地點：_____

聲明事項

※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查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
 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有資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
 3. 本人(被保險人、要保人)同意富邦產物保險公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。
 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，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。
 ■ 投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
 ■ 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嚇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。

※被保險人所變更的職業或職務，依照本公司職業分類其危險性增加，未以書面通知本公司而發生保險事故者，本公司按其原應收保險費的比率折算保險金給付。
 ※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。

※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。

要保人/被保險人簽名：_____ / _____ (請親自簽名，被保險人未滿 7 足歲者由法定代理人代簽)要保人與被保險人關係：_____

法定代理人簽名：_____ (請親自簽名，要保人未達 20 足歲時須加法定代理人簽名) 要保日期：中華民國 年 月 日

富邦審核欄位	輸入	承辦	核保	核定	業務員及 ID	保經代簽署	保經代業務員
					經辦代號： 姓名： ID：	鼎石保險經紀人(股)公司 簽名： 簽署人：王永昌 ID：	

保險費信用卡簽帳單

信用卡別： 聯合信用卡 VISA MASTER JCB 發卡銀行：_____

信用卡卡號：_____ 有效期限：20____年____月止

持卡人姓名：_____ (請以正楷填寫) 身分證字號：_____

電話：(日間) _____ (行動) _____

簽帳日期：年 月 日 簽帳金額

被保險人	保單號碼	拾	萬	仟	佰	拾	元
------	------	---	---	---	---	---	---

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) 扣款交易若未獲發卡機構核准，則本簽帳單自動失效(請與信用卡簽名樣式相同)本公司得再行收費。(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約定之期限或金額繳款，否則會發生循環利息及相關費用。

與要保人關係： 本人 配偶 子女 父母 兄弟姊妹 持卡人簽名：_____

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

要保人：_____ 被保險人：_____ 保單號碼：_____

1. 要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選)

保障 子女教育經費 退休規劃 房屋貸款 其他_____

2. 要保人與被保險人財務狀況：(新臺幣萬元為單位，以阿拉伯數字填寫)

	被保險人	要保人 (與被保險人同一人無需填寫)
個人年收入	新台幣_____萬元	新台幣_____萬元
家庭年收入	新台幣_____萬元	新台幣_____萬元
資產 (含動產與不動產)	新台幣_____萬元	新台幣_____萬元

* 若要保人/被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄位填寫夫妻雙方年收入總和。(請敘明配偶之工作內容_____)

* 若要保人/被保險人為未成年人/學生時，請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。(請敘明父母或法定代理人之工作內容_____)

* 若累計同業投保金額超過被保險人家庭年收入 20 倍或保費負擔、保障需求有顯不相當之情形，請說明原因及保費來源。_____

3. 本保單之規劃，要保人與被保險人是否已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保費、保額及保障需求間之適當性(適合度)？.....是否

4. 招攬時，是否向要保人或被保險人確認要保人與被保險人，及被保險人與受益人之關係及身份？.....是否

5. 招攬時是否已確認要保人、被保險人及受益人身份？有關要保人與被保險人所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之文件等)是否與要保書填載之內容相符？.....是否

6. 招攬時，是否已向要保人說明本次購買保險商品內容、繳納保費方式、繳費年期、領取各種保險金與解約金內容？.....是否

7. 是否於招攬時已親晤要/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？.....是否

8. 是否主動投保？.....是否

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：

傳真報件專線：(02)8792-0016
確認服務專線：(02)8792-0006

中華民國： 年 月 日

富邦產物保險公司財務資料問卷

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 年以下 1~3 年 3~5 年 5~10 年 10 年以上
- E. 行業別 政府機構/公營事業 學術/教育/醫療機構 金融保險業
高階專業服務 一般專業技術服務 勞力服務業 非勞力服務業
傳統製造業 電子科技業 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 年以下 1~3 年 3~5 年 5~10 年 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：要保人 被保險人 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：增加保障 風險移轉 子女教育經費 房屋貸款 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
	<input type="checkbox"/> 車險 <input type="checkbox"/> 火險 <input type="checkbox"/> 傷害險		<input type="checkbox"/> 車險 <input type="checkbox"/> 火險 <input type="checkbox"/> 傷害險
	<input type="checkbox"/> 車險 <input type="checkbox"/> 火險 <input type="checkbox"/> 傷害險		<input type="checkbox"/> 車險 <input type="checkbox"/> 火險 <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
	<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 白金 <input type="checkbox"/> 鑽石 <input type="checkbox"/> 無限 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 白金 <input type="checkbox"/> 鑽石 <input type="checkbox"/> 無限 <input type="checkbox"/> 其他
	<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 白金 <input type="checkbox"/> 鑽石 <input type="checkbox"/> 無限 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 白金 <input type="checkbox"/> 鑽石 <input type="checkbox"/> 無限 <input type="checkbox"/> 其他

4. 住居所_____年。本人所有 配偶所有 租賃 親屬所有 其他_____

5. 要保人/被保險人/家庭主要經濟者年收入：

- 25 萬以下 26~50 萬 51~75 萬 76~100 萬 101~125 萬 126~150 萬
151~175 萬 176~200 萬 201~225 萬 226~250 萬 251~275 萬 276~300 萬
301~325 萬 326~350 萬 351~375 萬 376~400 萬 401 萬以上(_____萬)

收入來源：薪資收入(_____萬) 房租收入(_____萬) 利息收入(_____萬) 其他_____(_____萬)

6. 被保險人個人淨資產：

- A. 資產總額：0~100 萬 101~500 萬 501 萬~1000 萬 1001 萬~1500 萬 1501 萬以上
主要資產：土地房屋(_____萬) 股票基金(_____萬) 定存現金(_____萬) 其他(_____萬)
- B. 負債總額：0~100 萬 101~500 萬 501 萬~1000 萬 1001 萬~1500 萬 1501 萬以上
主要負債：房屋貸款(_____萬) 信用貸款(_____萬) 創業貸款(_____萬) 其他(_____萬)

7. 所扶(贍)養之人數 1 人 2 人 3 人 4 人~

四、要/被保險人聲明

本人(要保人、被保險人)同意 貴公司得因核保需要，查詢本人在聯合徵信中心之相關授信紀錄。
備註：本公司依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對以上之個人資料，不得透露予不相關之第三人。

要保人_____ 簽名 被保險人_____ 簽名

法定代理人_____ 關係_____ 業務員_____ 簽名

傳真報件專線：(02)8792-0016
確認服務專線：(02)8792-0006

填寫日期_____年_____月_____日