

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
聯絡地址	£££		
住宅標的物地址	£££		
公司名稱	職稱	職業代碼	
工作內容	副業	副業代碼	
保險期間	自民國 年 月 日	午夜十二時起一年	身故保險金受益人 (未指定則為法定繼承人) 關係

承保內容 / 保險金額 (來源別: 066)(專業代號:)	計畫 A	計畫 B	計畫 C	計畫 D	※傷害醫療給付選擇型承保內容詳如下表:		
					傷害醫療選擇型給付計畫別	計畫一	計畫二
1 傷害保險(個人暨家庭型)-身故及殘廢	100萬	200萬	300萬	500萬	住院醫療保險金(最高90日)	1,000元/日	2,000元/日
2 搭乘大眾運輸增額保障	900萬	800萬	1,800萬	1,600萬	加護病床醫療保險金(最高90日)	1,000元/日	2,000元/日
3 海外傷害增額保障	200萬	200萬	200萬	200萬	燒燙傷病床醫療保險金(最高90日)	2,000元/日	4,000元/日
4 電梯特定意外事故增額給付	100萬	200萬	300萬	500萬	門診手術醫療保險金	1,000元/次	2,000元/次
5 地震特定意外事故增額給付	100萬	200萬	300萬	500萬	骨折未住院津貼(依骨折別換算限額)	最高3萬	最高6萬
6 颱風洪水土石流特定意外事故增額給付	100萬	200萬	300萬	500萬	住院慰問金(住院治療達3日(含)以上)	5,000元/次	5,000元/次
7 全殘增額給付	100萬	200萬	300萬	500萬	每次事故傷害醫療保險金限額	5萬	10萬
8 特定燒燙傷給付(依等級表6級11項)	100萬	200萬	300萬	500萬	住院慰問金(住院治療達3日(含)以上)	5,000元/次	5,000元/次
9 傷害緊急救護費用給付(救護車2,000元+急診費用500元)	2,500元/次	2,500元/次	2,500元/次	2,500元/次			
10 十全海外突發疾病健康保險(最高90日)	200元/日	200元/日	200元/日	200元/日			
11 家庭成員意外責任保險	3萬	15萬	20萬	35萬			
12 傷害醫療選擇型給付(定額給付/實支實付)	1,000元/5萬	1,000元/5萬	2,000元/10萬	2,000元/10萬			
年繳保險費(NT\$)	<input type="checkbox"/> 1,880元	<input type="checkbox"/> 2,880元	<input type="checkbox"/> 3,880元	<input type="checkbox"/> 5,880元			
傷害保險自動續約附加條款	<input type="checkbox"/> 同意附加		<input type="checkbox"/> 不同意附加				

備註 ※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。
 ※表列保費係職業類別1類適用。如屬其他職業類別者，請洽本公司服務人員。

告知事項

※被保險人告知事項：
 1. 被保險人詳細工作內容：_____；被保險人是否兼業？如是，兼業內容：_____。
 2. 過去二年內是否曾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) 癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病？... 是 否
 (4) 糖尿病？ 是 否
 (5) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症？ 是 否
 (6) 視網膜出血或剝離、視神經病變？ 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載本人資料轉送產、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。

■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。
 ■「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) 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 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	經辦人員及 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 簽署人：王永昌	簽名： ID：

保經代版-十全大補(100.08)

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)_____ 與要保人關係：本人 配偶 子女 父母 兄弟姊妹 持卡人簽名：_____

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，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。
 (請與信用卡簽名樣式相同)

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

※自然人(個人/多人/家庭型適用):

被保險人姓名	要保人姓名(與被保險人同一人無需填寫)
1.	1.
2.	
3.	
4.	
5.	

1. 要/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/被保險人財務狀況: 被保險人家庭年收入 100萬以下 100萬~200萬 200萬以上。

要保人(要/被保險人同一人無須填寫) 100萬以下 100萬~200萬 200萬以上。

*若被保險人為已婚者,請於家庭年收入欄位勾選夫妻雙方年收入總和;若被保險人為未成年人/學生時,請於家庭年收入欄位勾選其父母或法定代理人年收入總和。

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	
3. 本保單之規劃,要/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)?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4. 招攬時,是否向要/被保險人確認要/被保險人,及被保險人與受益人之關係及身份?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
5. 招攬時是否已確認要/被保險人及受益人身份?有關要/被保險人所提供之身份證明文件(身分證、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?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
6. 招攬時,是否已向要保人說明本次購買保險商品內容、繳費方式、繳費年期、領取各種保險金與解約金內容?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
8. 是否主動投保?	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是

※法人(團體型適用):

1. 要保單位名稱: _____, 投保目的(可複選): 保障 員工福利 其他_____。

2. 要保單位財務狀況: 資本額: _____, 成立時間: _____, 員工人數: _____人, 過去三年該公司營收: _____。

3. 是 否 本保單之規劃,要保單位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)?

4. 是 否 招攬時,是否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?

5. 否 是 身故受益人是否指定雇主或要保單位?

6. 是 否 招攬時,是否已向要保單位說明本次購買保險商品內容、繳費方式、繳費年期、領取各種保險金與解約金內容?

7. 是 否 是否於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?

8. 否 是 是否主動投保?

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: 鼎石保險經紀人(股)公司 業務員簽名: 簽署人:王永昌

核保人簽章:

簽署人簽章:

中華民國: 年 月 日