

富邦產物傷害保險專用要保書

報備號碼：

進件 歸檔

保險單號碼	續保號碼		交易序號					
(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						
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)		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		E-MAIL	※數字 0 請以口書寫	
	姓名	代表人	身分證號碼/統一編號	出生日期	年 月 日			
	住所(通訊)地址	與(主)被保險人關係						
	電話	住宅：	公司：	分機：	手機：			
身故保險金受益人	與(主)被保險人關係	電話	住所(通訊)地址		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			
※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。						
1								
2								
3								
保險期間	自民國 年 月 日零時起一年							
繳費方式	本期： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 現金 續期： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 現金 (未勾選視同本期繳費方式)							

※本被保險人非因約定之承保事，故造成未盡詳細，事項，本公司將依保單條款比例計算返還未滿期其他保險費。商保資訊：人可查閱其他本公司業務網站或洽，服務洽本公司辦理。務人員。

承保範圍	保險金額 (NT\$)						
	計畫一 CH-006-000006	計畫二 CH-006-000007	計畫三 CH-006-000008	計畫四 CH-006-000009	兒童計畫一 CH-006-000019	兒童計畫二 CH-006-000020	
1. 個人責任保險(自負額 2,500 元/次)	—	—	—	—	30 萬	50 萬	
2. 意外傷害保險-身故及殘廢	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	—	—	
3. 意外傷害保險-殘廢保障	—	—	—	—	100 萬	200 萬	
4. 大眾運輸工具意外事故增額保障	200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬	—	—	
5. 火災意外事故增額保障	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	—	—	
6. 意外傷害全殘增額給付	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	—	—	
7. 搭乘交通工具增額給付	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	—	—	
8. 特定燒燙傷給付	100 萬	200 萬	200 萬	200 萬	100 萬	200 萬	
9. 傷害緊急救護費用(限額實支實付)	2,500 元	2,500 元	2,500 元	2,500 元	2,500 元	2,500 元	
10. 傷害醫療給付日額型	住院醫療保險金(最高 90 日)	1,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日	1,000 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 6 萬	最高 6 萬	最高 6 萬	最高 3 萬	最高 6 萬
	加護病房醫療保險金(最高 90 日)	1,500 元/日	2,500 元/日	2,500 元/日	2,500 元/日	1,500 元/日	2,500 元/日
	燒燙傷病房醫療保險金(最高 90 日)	1,500 元/日	2,500 元/日	2,500 元/日	2,500 元/日	1,500 元/日	2,500 元/日
12. 燒燙傷病房醫療保險金(最高 90 日)	1,500 元/日	2,500 元/日	2,500 元/日	2,500 元/日	1,500 元/日	2,500 元/日	
13. 住院生活補助金(住院達 3 日(含)以上)	2,000 元/次	3,000 元/次	3,000 元/次	3,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次	
14. 傷害門診手術定額給付	1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	1,000 元/次	
15. 傷害醫療給付(實支實付型)(每次事故限額)	2 萬	3 萬	3 萬	5 萬	1 萬	2 萬	
年繳保險費 (NT\$)	一~三類	□1,644 元	□3,025 元	□3,924 元	□5,890 元	□826 元	□1,422 元
	四類	□3,243 元	□5,944 元	□7,680 元	—	—	—
	五類	□4,977 元	□9,117 元	—	—	—	—
	六類	□6,367 元	□11,657 元	—	—	—	—
	自動續約附加條款	<input type="checkbox"/> 同意附加 (未勾選者視為不同意附加)					

總承保人數：_____人 (主)被保險人總保險費 (NT\$)：_____元 合計總保險費 (NT\$)：_____元

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、四肢機能障礙、四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。

上列各項若答「是」，請註明問題號、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：

■ 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？是 否(如勾選是者，請提供)

※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 20 足歲者須加簽)

要保人簽名：_____ 要保日期：_____ 法定代理人簽名：_____

(要保人未滿 20 足歲者須加簽)

保經代簽署欄	保經代單位名稱	保經代單位代號	流水編號	保經代業務員簽名	登錄字號	經辦代號	出單序號	人工核保	受理日期
	安業保代								

1-FH2C2214-0



印刷版-滿足保-系列一(105.10)

富邦產物傷害保險被保險人名冊

姓名	身分證號碼	出生日期	年 月 日	年齡 (註1)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	與主被保險人關係
公司名稱	工作內容	職稱	兼業內容	職業代碼							
投保計畫別	<input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 兒童一 <input type="checkbox"/> 兒童二				總保險費 (NT\$)						
※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 (投保實支實付型商品時勾選) ※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如勾選是者，請提供)							被保險人簽名：_____				
※下列告知事項，是否有為「是」者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；下列告知事項若答「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、醫院名稱及地點：							法定代理人簽名：_____ (被保險人未滿20足歲者須加簽)				
身故保險金受益人 ※未填寫則為法定繼承人	與被保險人關係	受益人電話	受益人住所(通訊)地址						備註(註2)		
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。											
1											
2											
3											

姓名	身分證號碼	出生日期	年 月 日	年齡 (註1)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	與主被保險人關係
公司名稱	工作內容	職稱	兼業內容	職業代碼							
投保計畫別	<input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 兒童一 <input type="checkbox"/> 兒童二				總保險費 (NT\$)						
※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 (投保實支實付型商品時勾選) ※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如勾選是者，請提供)							被保險人簽名：_____				
※下列告知事項，是否有為「是」者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；下列告知事項若答「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、醫院名稱及地點：							法定代理人簽名：_____ (被保險人未滿20足歲者須加簽)				
身故保險金受益人 ※未填寫則為法定繼承人	與被保險人關係	受益人電話	受益人住所(通訊)地址						備註(註2)		
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。											
1											
2											
3											

姓名	身分證號碼	出生日期	年 月 日	年齡 (註1)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	與主被保險人關係
公司名稱	工作內容	職稱	兼業內容	職業代碼							
投保計畫別	<input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 兒童一 <input type="checkbox"/> 兒童二				總保險費 (NT\$)						
※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 (投保實支實付型商品時勾選) ※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如勾選是者，請提供)							被保險人簽名：_____				
※下列告知事項，是否有為「是」者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；下列告知事項若答「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、醫院名稱及地點：							法定代理人簽名：_____ (被保險人未滿20足歲者須加簽)				
身故保險金受益人 ※未填寫則為法定繼承人	與被保險人關係	受益人電話	受益人住所(通訊)地址						備註(註2)		
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。											
1											
2											
3											

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。

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。

※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。

註1：年齡以足歲計算，超過6個月加1歲。

印刷版-滿足保-系列一(105.10)

註2：身故保險金受益人超過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。

0-FH2C2214-1



保險費信用卡簽帳單

※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。

O-A92C0252-0

保單號碼		被保險人		繳款金額 (簽帳金額)	
信用卡種類	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AE	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：	
與要保人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同被保險人 <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"/> 公司負責人			電話：	
<p>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：</p> <p>(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。</p> <p>(2) 為確保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。</p> <p>(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。</p> <p>(4) 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。</p> <p>(5) 持卡人聲明完全知悉與要保人關係，並同意以信用卡支付上開簽帳內容予本公司，簽名以示同意。</p> <p style="text-align: right;">* 持卡人簽名： _____</p> <p style="text-align: right;">(請與信用卡背面簽名樣式相同)</p>					

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、授權人限要保人、被保險人本人及其配偶，及要保人、被保險人本人二親等內之親屬。
- 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) 更換信用卡卡號(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、有效期間到期、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卡號付款，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無效，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。

【授權人簽章】

(如有授權自動續約者須簽名)

【申請日期】

Y 信用卡展期註記

簽名樣式請與信用卡一致

年 月 日



以下由招攬業務員填寫

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 (人身險適用)

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	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：	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	1. 行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業		
	2. 法人負責人： 法人註冊地：	2. 法人負責人： 法人註冊地：		

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。博弈產業/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：國籍、職業/行業如涉及雙重國籍或多重職業別者，得複選。註四：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。註五：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。

1. 要/被保險人投保目的及需求 (可複選)：(1) <input type="checkbox"/> 保障 (2) <input type="checkbox"/> 子女教育經費 (3) <input type="checkbox"/> 退休規劃 (4) <input type="checkbox"/> 房屋貸款 (5) <input type="checkbox"/> 其他					
2. 招攬經過：(1) <input type="checkbox"/> 招攬投保(2) <input type="checkbox"/> 職域開拓(3) <input type="checkbox"/> 親友介紹(4) <input type="checkbox"/> 陌生拜訪(5) <input type="checkbox"/> 主動投保(6) <input type="checkbox"/> 其他					
3. 要/被保險人財務狀況： 要保人/被保險人/家庭主要經濟者年收入：(1) <input type="checkbox"/> 25萬以下 (2) <input type="checkbox"/> 26萬~50萬 (3) <input type="checkbox"/> 51萬~75萬 (4) <input type="checkbox"/> 76萬~100萬 (5) <input type="checkbox"/> 其他					
4. 被保險人是否投保其他商業保險(1) <input type="checkbox"/> 否 (2) <input type="checkbox"/> 是。公司名稱：					
5. 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？(1) <input type="checkbox"/> 是 (2) <input type="checkbox"/> 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
6. 招攬時，已確認要/被保險人身份？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"/> 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. 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

業務員招攬聲明事項

1. 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。
2. 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	核保簽章	簽署人簽章
	電話(行動電話)/分機：		

中華民國： 年 月 日

印刷版-【人身保險-保經代】信用卡+業報(多人版) 106.07 新修三版

0-B92C0182-0



富邦產物保險公司財務資料問卷

(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。

要保人 _____ 簽名
法定代理人 _____ 關係 _____

被保險人 _____ 簽名
業務員 _____ 簽名

填寫日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

0-G90C0011-0



第 1 頁, 共 1 頁

印刷版-財報 (104.07)

【要/被保險人投保須知】

- 一、投保時，業務員應主動出示登錄證、告知其授權範圍及逐項說明本投保須知內容予要保人知悉；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。
- 二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。
- 三、貴客戶之權利行使、變更、解除及終止：
- (一) 權利行使
- 被保險人發生保險事故並致生損害時，應依保險法相關法令與投保商品契約條款之約定與程序通知及向本公司申請理賠。
- (二) 契約變更
1. 保險契約之一切通知除經雙方同意得以其他方式為之者外，雙方當事人均應以書面送達對方最後所留之住址。
 2. 保險契約之任何變更，非經雙方同意且經本公司簽批者不生效力。
 3. 保險契約條款有停效約定者，本公司於契約停效期間不負給付保險金之責任。
- (三) 契約解除及終止
1. 保險契約當事人之一方違背特約條款時，他方得解除契約；其危險發生後亦同。
 2. 保險契約得經要保人通知而終止之，自終止之書面送達保險人之翌日起，保險契約失其效力；另契約若約定須經抵押權人同意始得變更或終止保險者，從其約定。
- 四、本公司對於保險契約之重要權利、義務及責任：
- 本公司依據經主管機關核定之各項保險費率收取保險費，在承保危險事故發生時，依相關法令、契約條款之約定及承保之責任，向請求權人、被保險人或受益人負賠償之義務。
- 五、本公司各類保險商品之重要內容，皆已登載於保單條款並以紅色或顯著字體列印，貴客戶可向本公司索取條款審閱，或於本公司網站(<http://www.fubon.com>/富邦產險/公開資訊/保險商品)進行瀏覽。
- 六、貴客戶應負擔之費用及違約金（包括收取時點、計算及收取方式）：貴客戶除繳交保險費外，無需繳交其他費用及違約金。
- 七、本公司保險商品悉依保險法令相關規定辦理，並依法受有財產/人身保險安定基金之保障。
- 八、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：
- 對於保險契約發生爭議時，得以書面或電話向本公司要求解釋或申訴，或依法向有關單位提出申訴。
- 本公司免費客戶服務專線 0800-009-888。

※ 本投保須知同步公告於本公司網站 [富邦產險客戶投保須知重要內容說明專區](#)，歡迎要/被保險人上網瀏覽。

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）第六條第二項、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）財產保險（依保險法令規定辦理之財產保險相關業務）。
- （二）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）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、病歷、醫療、健康檢查、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、中央健康保險局、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。