

**富邦產物傷害保險專用要保書**

進件 歸檔

※被保險人如屬其他職業類別者，請洽本公司保單承辦人員，依保單條約辦理。※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。

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 <small>※以足歲計算，超過6個月加1歲</small>
	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：
要保人	<input type="checkbox"/> 同(主)被保險人(可免填要保人相關欄位)		E-MAIL
要保人	姓名	代表人	身分證號碼/統一編號
	住所(通訊)地址	與(主)被保險人關係	
	電話	住宅：	公司：
身故保險金受益人	與(主)被保險人關係		備註 <small>※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</small>
保險期間	自民國 年 月 日零時起一年		
繳費方式	首年： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 現金 續年： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 現金 (未勾選視同首年繳費方式)		

承保範圍	保險金額 (NT\$)				
	計畫一 (HP-083-521101)	計畫二 (HP-083-521102)	計畫三 (HP-083-521103)	計畫四 (HP-083-521104) (HP-083-521106)	計畫五 (HP-083-521105) (HP-083-521107)
1. 傷害保險-身故及殘廢	50 萬	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
2. 搭乘大眾運輸增額保障	50 萬	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
3. 颱風洪水土石流特定意外事故增額給付	50 萬	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
4. 特定燒燙傷給付 (依等級表 6 級 11 項)	50 萬	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
年繳保險費 (NT\$)	<input type="checkbox"/> 400 元	<input type="checkbox"/> 800 元	<input type="checkbox"/> 1,600 元	<input type="checkbox"/> 2,400 元	<input type="checkbox"/> 4,000 元
加選方案	計畫 A		計畫 B (限計畫四、五適用)		
1. 傷害醫療日額型-住院保險金 (最高 90 日)	1,000 元/日		2,000 元/日		
2. 傷害醫療日額型-加護病房保險金 (最高 45 日)	3,000 元/日		6,000 元/日		
3. 傷害醫療日額型-骨折未住院津貼 (依骨折表折算限額)	最高 3 萬		最高 6 萬		
4. 傷害醫療日額型-住院慰問金 (住院 3 日 (含) 以上)	2,000 元/次		2,000 元/次		
5. 傷害醫療實支實付型 (每次事故限額)	2 萬		3 萬		
6. 顏面傷殘整型費用	30 萬		50 萬		
7. 殘廢生活補助金 (1~3 級殘廢)	50 萬		50 萬		
年繳保險費 (NT\$)	<input type="checkbox"/> 560 元		<input type="checkbox"/> 860 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**

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「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怖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

※本人(要保人)已受告知並瞭解所投保商品之重要內容及投保須知等相關事宜。 受理日期：\_\_\_\_\_

(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(身分證號碼)	經辦代號	出單序號	是否為直接業務	人工核保
								<input type="checkbox"/> 是 (未勾選視為非直接業務)	

1-FH2C0320-0



下載版-【守護五】(101.10)

# 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				
身故保險金 受益人	與被保險人關係	備註 (註2)	投保計畫別 <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 五 / <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	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？是 否

※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：	被保險人簽名：_____ <small>(未滿7足歲由法定代理人代簽)</small> 法定代理人簽名：_____ <small>(被保險人未滿20足歲者須加簽)</small>
--	--

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				
身故保險金 受益人	與被保險人關係	備註 (註2)	投保計畫別 <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 五 / <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	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？是 否

※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：	被保險人簽名：_____ <small>(未滿7足歲由法定代理人代簽)</small> 法定代理人簽名：_____ <small>(被保險人未滿20足歲者須加簽)</small>
--	--

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				
身故保險金 受益人	與被保險人關係	備註 (註2)	投保計畫別 <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 五 / <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	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？是 否

※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：	被保險人簽名：_____ <small>(未滿7足歲由法定代理人代簽)</small> 法定代理人簽名：_____ <small>(被保險人未滿20足歲者須加簽)</small>
--	--

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				
身故保險金 受益人	與被保險人關係	備註 (註2)	投保計畫別 <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 五 / <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	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？是 否

※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：	被保險人簽名：_____ <small>(未滿7足歲由法定代理人代簽)</small> 法定代理人簽名：_____ <small>(被保險人未滿20足歲者須加簽)</small>
--	--

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				
身故保險金 受益人	與被保險人關係	備註 (註2)	投保計畫別 <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 五 / <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	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？是 否

※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：	被保險人簽名：_____ <small>(未滿7足歲由法定代理人代簽)</small> 法定代理人簽名：_____ <small>(被保險人未滿20足歲者須加簽)</small>
--	--

**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、四肢機能障礙、四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。

註1：年齡以足歲計算，超過6個月加1歲。  
 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-FH2C0320-1

