

富邦產物微型傷害保險專用要保書

進件 歸檔

符合經濟弱勢條件類別：

保險單號碼	續保號碼		交易序號	
(主) 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	E-MAIL			
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)	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		
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	與(主)被保險人關係			
電話	住宅：	公司：	分機：	手機：
姓名	身分證號碼/ 統一編號	與(主)被保險人關係	電話	住所(通訊)地址
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。		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	
保險期間	自民國 年 月 日零時起一年			
繳費方式	<input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 現金 (限年繳)			
投保紀錄	您目前有無投保其他微型保險或已在申請本保險以外之微型保險？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

承保範圍	保險金額 (NT\$)	
	計畫一	計畫二
富邦產物微型傷害保險	30 萬	50 萬
年繳保險費 (NT\$)	一~三類 (HP-124-000201)	<input type="checkbox"/> 198 元 <input type="checkbox"/> 330 元
	四類 (HP-124-000202)	<input type="checkbox"/> 405 元 <input type="checkbox"/> 675 元
	五類 (HP-124-000203)	<input type="checkbox"/> 630 元 <input type="checkbox"/> 1,050 元
	六類 (HP-124-000204)	<input type="checkbox"/> 810 元 <input type="checkbox"/> 1,350 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)	

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。

被保險人目前身體機能是否有下列障害？ 是 否

(1) 失明。(2) 聾。(3) 啞。(4) 曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表 O·三以下。(5) 曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽喪失程度在五十分貝(dB)以上。(6) 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7) 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。

■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。
 ※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。※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。
 ※被保險人非因約定之承保事故造成死亡時，本公司將按日數比例計算返還未滿期保險費。

※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) 受理日期：
 ※被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？ 是 否 (如勾選是者，請提供相關證明文件)
 ※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： _____ 法定代理人簽名： _____
 (要保人未滿 20 足歲者須加簽)

要保日期：中華民國 年 月 日

保經代簽署欄	業務員簽名	登錄字號	經辦代號	出單序號	人工核保





個人資料蒐集處理及利用同意書

立同意書人（要保人） _____

立同意書人（被保險人） _____（以下皆稱「本人」）

茲同意富邦產物保險股份有限公司（下稱「富邦產險」）將本人透過具產險業務員證照資格之富邦人壽業務員洽談富邦產險保險契約之保險相關資料（即以本人為要保人、被保險人身分所投保之保險單相關資訊，但不含個資法所稱之特種個人資料）提供予富邦人壽保險股份有限公司（下稱「富邦人壽」），並同意富邦人壽於人員管理、績效統計分析及保險資訊提供等服務之必要範圍內，為上述資料之蒐集、處理及利用。

本人瞭解若不為本項同意時，富邦人壽將無法提供上述之附帶服務；且本人有權利隨時通知富邦產險停止上述之同意。

此 致

富邦產物保險股份有限公司

立同意書人： _____

（要保人） （本人親自簽名）

身分證號碼： _____

法定代理人： _____（親自簽名）

身分證號碼： _____

（要保人/被保險人未滿 20 足歲者，需其法定代理人簽名）

業務人員簽名 _____

登 錄 字 號： _____

中 華 民 國 年 月 日

0-D90C0500-0

