意外守護　燒燙守護　醫療守護

幸福團員 甲式

團體傷害險

全天候提供員工及其家屬的意外保障

貼心三大守護~讓員工及家屬防護更完備！

意外守護
保障意外事故致失能死亡者，讓您出門免憂心。

燒燙守護
補強因燒燙傷所造成之傷害，讓您治療更放心。

醫療守護
傷害醫療日額與實支同時給付，讓您保障零缺口。

富邦產險
正向力量 熱情守護

商品名稱及核准字號：1.富邦產物團體傷害保險：92.01.22台財保字第0920750043號核准、108.09.02依金融監督管理委員會108.06.21金管保壽字第10804920500號函修正。2.富邦產物傷害保險身故或喪葬費用保險金給付附加條款：110.11.16富保業字第1100002933號函備查。3.富邦產物團體傷害保險特定事故多倍給付附加條款：96.07.19 富保研發字第160號函備查、107.07.03依金融監督管理委員會107.06.07金管保壽字第10704158370號函修正。4.富邦產物團體傷害保險搭乘大眾運輸工具期間意外事故多倍給付附加條款：95.11.30(95)富保研發字第194號函備查、107.07.03依金融監督管理委員會107.06.07金管保壽字第10704158370號函修正。5.富邦產物團體傷害保險重大燒燙傷給付附加條款：95.12.25富保研發字第214 號函備查、97.04.15(97)富保研發字第258號函備查。6.富邦產物團體傷害保險傷害醫療保險給付附加條款：92.01.22台財保字第0920750043號核准、108.09.02依金融監督管理委員會108.04.09金管保壽字第10804904941號函修正。7.富邦產物團體傷害保險加護病房保險金附加條款：96.07.19富保研發字第157號函備查、108.09.02依金融監督管理委員會108.04.09金管保壽字第10804904941號函修正。8.富邦產物團體傷害保險燒燙傷病房保險金附加條款：96.07.19富保研發字第158號函備查、108.09.02依金融監督管理委員會108.04.09金管保壽字第10804904941號函修正。9.富邦產物團體傷害保險住院慰問保險金附加條款：96.07.19富保研發字第159號函備查、108.09.02依金融監督管理委員會108.04.09金管保壽字第10804904941號函修正。10.富邦產物團體傷害保險緊急救護費用給付附加條款：95.11.08富保研發字第164號函備查、103.02.21依金融監督管理委員會103.01.22金管保壽字第10202131810號函修正。11.富邦產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款：92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准(公會版)、107.07.03依金融監督管理委員會107.06.07金管保壽字第10704158370號函修正。

消費者投保前應審慎了解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。
消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率(預定附加費用率)最高33%，最低25%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話：0800-009888)或網站(網址：www.fubon.com)，以保障您的權益。
地址：台北市中山區遼寧街179號(7~14樓)
公開資訊：對於您的個人資料，我們有嚴格的保密措施，以維護您的隱私權，有關本公司資訊公開說明，歡迎利用網際網路至本公司網站www.fubon.com查詢。

fubon.com

商品特色

意外守護	團體傷害保險	因意外傷害事故所致身體蒙受傷害而致失能或死亡時，依約定給付保險金。
	特定事故多倍給付	因遭遇火災、地震或出入乘坐電梯所致身體蒙受傷害而致失能或死亡時，依約定給付保險金。
	搭乘大眾運輸工具期間意外事故多倍給付	以乘客身份搭乘大眾運輸工具期間因遭受意外傷害事故致失能或死亡時，依約定給付保險金。
燒燙守護	重大燒燙傷給付	因意外傷害事故致身體蒙受重大燒燙傷（指身體蒙受燒燙傷面積達全身 20%，或顏面燒燙傷合併五官功能障礙），自事故發生日起第六日仍存活者，依約定給付保險金。
醫療守護	甲型 - 傷害醫療保險金（實支實付型）	因意外傷害事故經登記合格醫院或診所治療時，就實際醫療費用超過全民健保給付部分，依約定給付保險金。
	乙型 - 傷害醫療保險金（日額型）(最高 90 日）	因意外傷害事故經登記合格醫院治療時，就實際住院日數，依約定給付保險金。
	加護病房保險金（最高 45 日）	因意外傷害事故經登記合格醫院之加護病房治療時，就實際入住加護病房之日數，依約定給付保險金。
	燒燙傷病房保險金（最高 14 日）	因意外傷害事故經登記合格醫院之燒燙傷病房治療時，就實際入住燒燙傷病房之日數，依約定給付保險金。
	住院慰問保險金	因意外傷害事故經登記合格醫院住院治療連續達 3 日（含）以上時，依約定給付保險金。
	傷害緊急救護費用給付（限額實支實付）	因意外傷害事故所需緊急救護費用，就實際發生之救護車費用及急診費用，依約定給付保險金。

商品組合

承保範圍		保險金額（NT$）				
		計畫一	計畫二	計畫三	計畫四	計畫五（15 足歲以下適用）
1. 團體傷害保險 - 身故及失能		100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	61.5 萬
2. 特定事故多倍給付 - 身故及失能		100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	-
3. 搭乘大眾運輸工具期間意外事故多倍給付 - 身故及失能		200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬	-
4. 重大燒燙傷給付		100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	100 萬
5. 甲型 - 傷害醫療保險金（實支實付型）(每次事故限額）		3 萬	3 萬	5 萬	5 萬	3 萬
6. 乙型 - 傷害醫療保險金（日額型）（最高 90 日）		1,000 元 / 日	1,000 元 / 日	1,500 元 / 日	2,000 元 / 日	1,000 元 / 日
7. 加護病房保險金（最高 45 日）		1,000 元 / 日	1,000 元 / 日	1,500 元 / 日	2,000 元 / 日	1,000 元 / 日
8. 燒燙傷病房保險金（最高 14 日）		1,000 元 / 日	1,000 元 / 日	1,500 元 / 日	2,000 元 / 日	1,000 元 / 日
9. 住院慰問保險金（住院治療達 3 日（含）以上）		1,000 元 / 次	1,000 元 / 次	2,000 元 / 次	2,000 元 / 次	1,000 元 / 次
10. 傷害緊急救護費用給付（限額實支實付）	救護車費用保險金	1,000 元	1,000 元	1,000 元	2,000 元	1,000 元
	急診費用保險金	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元
年繳保險費(NT$)	一～二類	1,090 元	1,700 元	2,450 元	3,700 元	860 元
	三類	1,630 元	2,480 元	3,650 元	—	—
	四類	2,430 元	3,680 元	5,400 元	—	—

投保規則

承保對象	一般公司、行號之員工及其家屬（限配偶、父母 / 配偶父母及未婚子女），員工投保人數須達 5 人（含）以上，且員工投保其家屬方能投保。
適用職類	限職級 1~4 類，且不適用產業 / 職業工會、公會、協會團體及志工 / 義工人員，另營業性質屬建築工程業及鐵工廠機械廠製造業職級屬 4 類者限投保計畫一。
	本專案除外行業別： ★海上漁業、森林砍伐業、礦業採石業、航運業、炸藥業、特種營業人員、職業類別 5、6 類及拒保類人員。 ★詳細職業分類依本公司職業分類表規定辦理，本公司核保人員保有最後承保與否之權利。
保險期間	簽單保期以一年為限。
投保年齡	1. 員工本人及其配偶：首年至 65 歲，續保至 70 歲止。 2. 父母 / 配偶父母：首、續年承保至 80 歲止；70 歲以上者，限投保計畫一。 3. 未滿 15 足歲者：限投保計畫五。

※ 其餘未盡事宜，以本公司團體傷害保險報部條款及核保規範為準。

Yes858幫我保
傳真(02)3233-2264

富邦產險 Fubon Insurance

有關本公司資訊公開說明，歡迎利用網際網路至本公司網站 https://www.fubon.com/insurance/home/index.htm 查詢。
總公司：104 臺北市中山區遼寧街 179 號 7~14 樓　免付費 24 小時服務(申訴)專線：0800-009-888
要保書文號：113.08.07 富保業字第 1130003271 號函送保險商品資料庫。
。

富邦產物團體傷害保險專用要保書

□進件　□歸檔

保險單號碼				專案代號	CG-015-000001
被保險人	姓名	詳如被保險人名冊		總投保人數	人
	參加資格	□1.指本契約所附被保險人名冊內所載之人員 □2.其他：_____			
要保人	單位		代表人		統一編號
	營業性質	□□□□			
	電話	公司：	分機：		傳真
	住所（通訊）地址	□□□-□□			
保險期間		自民國　　年　　月　　日零時起一年			

保費負擔比例	員工：公司_____% / 員工_____% / 職福會_____%	眷屬：□同員工 / 公司_____% / 員工_____% / 職福會_____%

承保範圍		保險金額（NT$）				
		計畫一	計畫二	計畫三	計畫四	計畫五 (15 足歲以下適用)
1. 團體傷害保險-身故及失能		100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	61.5 萬
2. 特定事故多倍給付-身故及失能		100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	—
3. 搭乘大眾運輸工具期間意外事故多倍給付-身故及失能		200 萬	400 萬	600 萬	1,000 萬	—
7. 重大燒燙傷給付		100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	100 萬
8. 甲型-傷害醫療保險金(實支實付型)(每次事故限額)		3 萬	3 萬	5 萬	5 萬	3 萬
9. 乙型-傷害醫療保險金(日額型) (最高 90 日)		1,000 元/日	1,000 元/日	1,500 元/日	2,000 元/日	1,000 元/日
10. 加護病房保險金(最高 45 日)		1,000 元/日	1,000 元/日	1,500 元/日	2,000 元/日	1,000 元/日
11. 燒燙傷病房保險金(最高 14 日)		1,000 元/日	1,000 元/日	1,500 元/日	2,000 元/日	1,000 元/日
12. 住院慰問保險金(住院治療達 3 日(含)以上)		1,000 元/次	1,000 元/次	2,000 元/次	2,000 元/次	1,000 元/次
13. 團體傷害保險緊急救護費用給付（限額實支實付）	救護車費用保險金	1,000 元	1,000 元	1,000 元	2,000 元	1,000 元
	急診費用保險金	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元
年繳保險費（NT$）	一～二類	□1,090 元	□1,700 元	□2,450 元	□3,700 元	□860 元
	三類	□1,630 元	□2,480 元	□3,650 元	—	—
	四類	□2,430 元	□3,680 元	□5,400 元		

※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。(投保實支實付型商品時適用）

■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」內容約定最高給付金額為新台幣 200 萬元。

※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。

※本人(要保人)已審閱　貴公司所提供之保險單條款　，並於下方欄位簽名。

要保人簽名：_____　　**法定代理人簽名：**（要保人未滿 18 足歲者須加簽）_____

下載版【幸福團員_甲式】(113.09)

1-FG0C031A-0

保單備註			
業務員／經辦欄			
招攬人員簽名	請以正楷簽名	登錄字號	
管理人姓名		管理人＋出單序號（10 碼）	
經辦代號（9 碼）			

保經代單位名稱	保經代單位代號	保經代招攬人員簽名	保經代招攬人員登錄字號	保經、代公司簽章

※本人(要保人、被保險人) 於要保文件簽署前，已審閱並瞭解貴公司所提供之「要保書填寫說明」、、「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，並於要保人、被保險人欄位簽名。

投保單位章	負責人章	受理日期

----------以下為富邦產險紀錄欄，不屬於要保書範圍----------

富邦產險欄	公司受理欄				公司收件日	行政助理欄	人工核保
	交易序號		繳費金額	元			
	下列欄位請行政助理勾選（未勾選，表示均正確。）						
	1.未簽名或塗改	□Y 是	2.簽章	□Y 是 □N 否			

下載版【幸福團員_甲式】(113.09)

0-FG0C031A-1

富邦產物團體傷害保險被保險人名冊

保單號碼		報價單號		要保單位		要保日期	年　月　日
單位代號		單位名稱		部門代號		部門名稱	
聯絡電話		分機		傳真		E-MAIL	

序號	被保險人（員工或家屬）基本資料									身故保險金受益人 ※受益人未填寫則為法定繼承人 ※受益人電話、住所(通訊)地址未填寫，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	員工身分證號		被保險人簽名 ※未達7足歲者由法定代理人代簽		法定代理人簽名 ※被保險人未滿18足歲者須加簽					受益人姓名		受益人與被保險人關係
	姓名			與員工之關係		年齡		是否有在其他保險公司投保實支實付型之商品？	□是 □否	受益人電話		
	簽單編號		身分證號碼/居留證號碼	國籍	□本國 □外國	職業類別				受益人住所(通訊)地址	□□□	
				性別	□男 □女							
	員工編號		出生日期	工作內容		投保計畫別		被保險人目前是否受有監護宣告？(請勾選)(如勾選是者，請提供相關證明文件)	□是 □否			
	被保險人電話 ※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。		住所(通訊)地址	※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。								
2	員工身分證號		被保險人簽名 ※未達7足歲者由法定代理人代簽		法定代理人簽名 ※被保險人未滿18足歲者須加簽					受益人姓名		受益人與被保險人關係
	姓名			與員工之關係		年齡		是否有在其他保險公司投保實支實付型之商品？	□是 □否	受益人電話		
	簽單編號		身分證號碼/居留證號碼	國籍	□本國 □外國	職業類別				受益人住所(通訊)地址	□□□	
				性別	□男 □女							
	員工編號		出生日期	工作內容		投保計畫別		被保險人目前是否受有監護宣告？(請勾選)(如勾選是者，請提供相關證明文件)	□是 □否			
	被保險人電話 ※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。		住所(通訊)地址	※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。								
3	員工身分證號		被保險人簽名 ※未達7足歲者由法定代理人代簽		法定代理人簽名 ※被保險人未滿18足歲者須加簽					受益人姓名		受益人與被保險人關係
	姓名			與員工之關係		年齡		是否有在其他保險公司投保實支實付型之商品？	□是 □否	受益人電話		
	簽單編號		身分證號碼/居留證號碼	國籍	□本國 □外國	職業類別				受益人住所(通訊)地址	□□□	
				性別	□男 □女							
	員工編號		出生日期	工作內容		投保計畫別		被保險人目前是否受有監護宣告？(請勾選)(如勾選是者，請提供相關證明文件)	□是 □否			
	被保險人電話 ※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。		住所(通訊)地址	※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。								
4	員工身分證號		被保險人簽名 ※未達7足歲者由法定代理人代簽		法定代理人簽名 ※被保險人未滿18足歲者須加簽					受益人姓名		受益人與被保險人關係
	姓名			與員工之關係		年齡		是否有在其他保險公司投保實支實付型之商品？	□是 □否	受益人電話		
	簽單編號		身分證號碼/居留證號碼	國籍	□本國 □外國	職業類別				受益人住所(通訊)地址	□□□	
				性別	□男 □女							
	員工編號		出生日期	工作內容		投保計畫別		被保險人目前是否受有監護宣告？(請勾選)(如勾選是者，請提供相關證明文件)	□是 □否			
	被保險人電話 ※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。		住所(通訊)地址	※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。								

※本人(要保人、被保險人）於要保文件簽署前，已審閱並瞭解貴公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」、「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，並於要保人、被保險人欄位簽名。

※本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理、利用之權利。

註：1.如未填寫身故保險金受益人則本公司以法定繼承人為受益人，但失能保險金受益人限被保險人本人。2.外籍人士投保時，須再同時提供居留證影本。3.其他規定，依本公司核保準則辦理。

下載版【幸福團員_甲式】(113.09)

投保單位章	負責人章

0-FG0C031A-2

富邦產物團體傷害保險被保險人名冊

保單號碼		報價單號		要保單位		要保日期	年　月　日
單位代號		單位名稱		部門代號		部門名稱	
聯絡電話		分機		傳真		E-MAIL	

序號	被保險人（員工或家屬）基本資料									身故保險金受益人 ※受益人未填寫則為法定繼承人 ※受益人電話、住所(通訊)地址未填寫，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。		
5	員工身分證號		被保險人簽名 ※未達7足歲者由法定代理人代簽		法定代理人簽名 ※被保險人未滿18足歲者須加簽					受益人姓名		受益人與被保險人關係
	姓名			與員工之關係		年齡		是否有在其他保險公司投保實支實付型之商品？	□是 □否	受益人電話		
	簽單編號		身分證號碼/居留證號碼	國籍	□本國 □外國	職業類別				受益人住所(通訊)地址	□□□	
				性別	□男 □女							
	員工編號		出生日期	工作內容		投保計畫別		被保險人目前是否受有監護宣告？(請勾選)(如勾選是者，請提供相關證明文件)	□是 □否			
	被保險人電話 ※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。		住所(通訊)地址	※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。								
6	員工身分證號		被保險人簽名 ※未達7足歲者由法定代理人代簽		法定代理人簽名 ※被保險人未滿18足歲者須加簽					受益人姓名		受益人與被保險人關係
	姓名			與員工之關係		年齡		是否有在其他保險公司投保實支實付型之商品？	□是 □否	受益人電話		
	簽單編號		身分證號碼/居留證號碼	國籍	□本國 □外國	職業類別				受益人住所(通訊)地址	□□□	
				性別	□男 □女							
	員工編號		出生日期	工作內容		投保計畫別		被保險人目前是否受有監護宣告？(請勾選)(如勾選是者，請提供相關證明文件)	□是 □否			
	被保險人電話 ※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。		住所(通訊)地址	※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。								
7	員工身分證號		被保險人簽名 ※未達7足歲者由法定代理人代簽		法定代理人簽名 ※被保險人未滿18足歲者須加簽					受益人姓名		受益人與被保險人關係
	姓名			與員工之關係		年齡		是否有在其他保險公司投保實支實付型之商品？	□是 □否	受益人電話		
	簽單編號		身分證號碼/居留證號碼	國籍	□本國 □外國	職業類別				受益人住所(通訊)地址	□□□	
				性別	□男 □女							
	員工編號		出生日期	工作內容		投保計畫別		被保險人目前是否受有監護宣告？(請勾選)(如勾選是者，請提供相關證明文件)	□是 □否			
	被保險人電話 ※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。		住所(通訊)地址	※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。								
8	員工身分證號		被保險人簽名 ※未達7足歲者由法定代理人代簽		法定代理人簽名 ※被保險人未滿18足歲者須加簽					受益人姓名		受益人與被保險人關係
	姓名			與員工之關係		年齡		是否有在其他保險公司投保實支實付型之商品？	□是 □否	受益人電話		
	簽單編號		身分證號碼/居留證號碼	國籍	□本國 □外國	職業類別				受益人住所(通訊)地址	□□□	
				性別	□男 □女							
	員工編號		出生日期	工作內容		投保計畫別		被保險人目前是否受有監護宣告？(請勾選)(如勾選是者，請提供相關證明文件)	□是 □否			
	被保險人電話 ※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。		住所(通訊)地址	※未填寫則以要保人所留之聯絡方式，作為日後通知依據。								

※本人(要保人、被保險人）於要保文件簽署前，已審閱並瞭解貴公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」、「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，並於要保人、被保險人欄位簽名。

※本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理、利用之權利。

註：1.如未填寫身故保險金受益人則本公司以法定繼承人為受益人，但失能保險金受益人限被保險人本人。2.外籍人士投保時，須再同時提供居留證影本。3.其他規定，依本公司核保準則辦理。

下載版【幸福團員_甲式】(113.09)

投保單位章	負責人章

0-FG0C031A-2

富邦產險 Fubon Insurance

保險費信用卡簽帳單暨授權書

※經辦人員臨櫃繳費僅限本年度保單，續保及繳費約定方式變更請洽各單位作業科。

保單號碼	被保險人	繳款金額（簽帳金額）
		（非年繳者無需填寫）

信用卡種類	□VISA □MASTER □JCB	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：	電話：
持卡人關係（請擇一勾選）	□要保人 □被保險人	□本人 □配偶 □父母 □子女 □兄弟姐妹 □(外)祖孫 □負責人 □員工 （非本人時須檢附關係證明）	
	□身故保險金受益人 ※持卡人關係僅開放死亡保險適用「身故保險金受益人」，住宅火災及家庭綜合保險不開放「身故保險金受益人」。		

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)為確保交易安全，持卡人同意本公司得就上述資料，向發卡行進行照會，如有冒用他信用卡或其他個人資料而為交易者，經查獲必究。

(3)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。

(4)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。

(5)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。

(6)持卡人聲明完全知悉與要保人/被保險人關係，同意以信用卡支付上開簽帳內容予本公司並進行持卡人身分驗證，簽名以示同意。

(7)本公司基於繳納保險費之目的蒐集您的個人資料，該資料在前開蒐集目的存續期間及依令規定要求之期間內，僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內或上開業務之所在地區被處理及利用。基於個人資料保護法之規定，持卡人可以透過書面或致電0800-009-888行使查詢、閱覽、複製、補充更正、停止蒐集、處理或利用及刪除之權利。若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，本公司將無法提供您完善的保險服務。若您想進一步了解詳細資料，請至本公司官網(www.fubon.com)個人資料告知事項專區查詢。

(8)依「金融監督管理委員會 109 年 8 月 14 日金管保壽字第 1090425855號函」規定，以信用卡繳納保險費時限定持卡人與要保人或被保險人關係，如非要保人/ 被保險人/受益人，需檢附關係證明文件並送至本公司審核，持卡人關係僅限：

- 要保人/被保險人/受益人、要保人/被保險人/受益人之配偶、二親等血親內親屬-(外)祖父母/父母/兄弟姊妹/子女/(外)孫子女
- 持卡人為法人、法人負責人或該企業員工

(9)已完成信用卡身分驗證之發卡機構包括台北富邦銀行、國泰世華銀行、玉山銀行、中國信託銀行、花旗銀行等 5 家，其他可進行身分驗證之發卡機構請依聯信中心「信用卡輔助持卡人身分驗證平臺」公告為準，網址 https://www.nccc.com.tw/wps/wcm/connect/zh/home/BusinessOperations/CardBusiness/CardVerificationPlatform

*授權人簽名：_____ 務必簽名
（須與信用卡背面簽名樣式相同）

*要保人簽名：_____ 務必簽名
（須與要保書之簽名樣式相同）

《續保及繳費約定》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、本授權書所稱之「授權人」限要、被保險人本人及其配偶，及與要、被保險人本人二親等內之親屬(不含姻親)關係之人，但經要保人指定姓名之身故保險金受益人，亦得為授權人。

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續保及繳費約定附加條款時，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) 更換信用卡新卡(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、有效期限到期、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終止，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。

※如有授權續保及繳費約定者須簽名；簽名樣式請與信用卡相同 【授權人簽名】_____	【申請日期】 ____年____月____日	☑Y 信用卡展期註記

樣本 禁止轉用