113.07版

新十全兒童照護升級版2.0

健康防癌

意外傷害

用心呵護 邦你守護 給小寶貝最貼心的保障

意外燒燙傷保障

全方位傷害醫療

精選健康防癌

意外醫療保障最完善

傷害醫療實支實付與住院日額同時給付。還有燒燙傷病房給付及顏面傷害整型費用，提供最完善意外保障，彌補健保無法給付的缺口。

意外骨折雙重保障好安心

孩童常見的意外跌倒骨折也提供骨折未住院津貼同時依骨折部位按比例定額給付保險金。

健康防癌有保障

提供住院醫療及看顧保險金，幫您補償病房升等及看護照顧費用，以彌補健保缺口，另因國人罹癌率不斷攀升，貼心提供初次罹癌四大守護，為孩子醫療品質加強保障。

保障日常生活行為

因孩童外出逛街時不小心打破展示品、撞傷路人，導致第三人財物損失或身體傷亡時負賠償之責，減輕家庭負擔。

※ 本商品簡介僅供參考，詳細保單內容以保單條款為準，客戶投保前應詳細閱讀保單條款內容。

商品核准名稱：富邦產物安心照顧個人綜合保險、富邦產物新兒童傷害醫療保險、富邦產物個人傷害保險食品中毒補償附加條款、富邦產物個人初次罹患癌症健康保險、富邦產物個人定額給付住院醫療保險甲型、富邦產物個人定額給付住院醫療保險乙型、富邦產物個人定額給付住院醫療保險丙型、富邦產物個人住院醫療保險法定傳染病免除等待期間附加條款、富邦產物保險費分期繳付附加條款、富邦產物傷害暨健康保險續保及繳費約定附加條款(非保證續保)。

商品核准文號：109.06.08富保業字第1090001417號函備查、113.01.12富保業字第1130000211號函備查、113.07.02依金融監督管理委員會113.06.28金管保壽字第11304207572號函修正、104.06.30富保業字第1040001086號函備查、108.08.19富保業字第1080001936號函備查、98.07.10(98)富保研發個字第056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、97.09.16(97)富保研發個字第006號函備查、97.09.16(97)富保研發個字第005號函備查、97.09.04金管保二字第09702140270號函核准、109.03.17富保業字第1090000673號函備查、101.09.11富保業字第1010001286號函備查、111.11.21依金融監督管理委員會111.08.30金管保壽字第1110445485號函修正、106.01.23富保業字第1060000167號函備查、112.09.05富保業字第1120010833號函備查。

給付項目： 個人責任保險金、居家照顧補償保險金、特定燒燙傷保險金、顏面傷害整型費用保險金、傷害住院醫療保險金、傷害住院安心療養保險金、實支實付傷害醫療保險金、傷害骨折保險金、救護車運送費用保險金、輔助器具費用補助保險金、看護費用保險金、食品中毒補償保險金、住院醫療保險金、加護病房保險金、燒燙傷中心醫療保險金、住院看顧保險金、外科手術保險金、初次罹患癌症保險金、初次罹患原位癌保險金、特定癌症增額保險金、癌症生活補助保險金。

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。
本保險所稱之『住院』，係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，包含精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。
保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。

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42.8%，最低39.0%；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。

富邦產險
正向力量 熱情守護™

專案組合

兒童傷害主險

⚠ 本保險契約無提供意外死亡之喪葬費用保險金。

單位:新臺幣/元

承保範圍			計畫A	計畫B	計畫C
1.	個人責任保險金（自負額2,500元）		100萬	100萬	100萬
2.	特定燒燙傷給付（依等級表 6 級 11 項）		300萬	400萬	500萬
3.	顏面傷害整型費用保險金		30萬	50萬	100萬
4.	傷害住院醫療保險	住院醫療保險金（最高90日）	1,000 / 日	1,500 / 日	2,000 / 日
		骨折未住院津貼（依骨折表換算限額）	最高3萬	最高4.5萬	最高6萬
5.		加護病房醫療保險金（最高90日）	1,500 / 日	2,000 / 日	2,500 / 日
6.		燒燙傷病房醫療保險金（最高90日）	3,000 / 日	4,000 / 日	5,000 / 日
7.		住院生活補助金（住院治療達3日(含) 以上）	3,000 / 次	3,000 / 次	3,000 / 次
8.	傷害住院安心療養保險金（最高90 日）		500 / 日	750 / 日	1,000 / 日
9.	看護費用保險金		500 / 日	1,000 / 日	1,500 / 日
10.	食品中毒補償保險金		3,000 / 次	3,000 / 次	3,000 / 次
11.	輔助器具費用補助保險金		2萬	2萬	2萬
傷害保險年繳保險費(NT$)			979	1,308	1,641

傷害醫療加值選

承保範圍		方案一	方案二	方案三
1.	新實支實付傷害醫療保險金 (每次事故限額)	3萬	4萬	5萬
2.	救護車運送費用保險金 (每次事故限額)	2,000	2,000	2,000
3.	傷害骨折保險金（依骨折表比例折算定額）	1萬	1.5萬	2萬
傷害主計畫+傷害醫療加值選年繳保險費(NT$)		2,021	2,476	2,920

健康醫療加值選

單位:新臺幣/元

承保範圍		計畫A	計畫B
1.	初次罹患癌症保險金	30萬	30萬
2.	初次罹患原位癌保險金	3萬	3萬
3.	特定癌症增額保險金	6萬	6萬
4.	癌症生活補助保險金	1.5萬	1.5萬
5.	住院醫療保險金 1～30 日	1,000 / 日	1,500 / 日
	住院醫療保險金 31～365日	2,000 / 日	3,000 / 日
6.	加護病房保險金(最高90日)	2,000 / 日	3,000 / 日
7.	燒燙傷中心醫療保險金(最高90日)	3,000 / 日	4,500 / 日
8.	住院看顧保險金(最高90日)	500 / 日	750 / 日
9.	外科手術保險金(依手術比例)	-	4.5萬x手術比例

		男	女	男	女
健康保險首年年繳保費	0-14歲適用	1,543	1,594	3,589	3,295
	15歲適用	1,652	1,701	3,759	4,017
健康保險續期年繳保費	0-14歲適用	1,679	1,728	3,879	3,558
	15歲適用	1,800	1,851	4,065	4,341

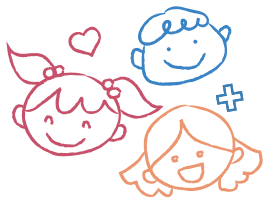
註1：『傷害醫療加值選』及『健康醫療加值選』需搭配主計畫，恕無法單獨承保。

註2：傷害醫療加值選方案一需搭配傷害主計畫A；傷害醫療加值選方案二需搭配傷害主計畫B；傷害醫療加值選方案三需搭配傷害主計畫C，以此類推不得任意交叉選擇。

註3：以上費率僅適用未滿15足歲之學生或兒童，若為其他職業類別者，請洽本公司其他專案。

投保規則

項目		傷害保險	健康保險
年齡限制	新續保	0～未滿15足歲	0～未滿15足歲
等待期間	首年	傷害險無等待期間，保障12個月	1.癌症、原位癌等待期90日 2.住院醫療疾病等待期30日
	續年		無等待期
繳費年期		一年期	
繳別		年繳、半年繳、季繳、月繳	



備註：1.本專案專為未滿15足歲者設計，建議年滿15足歲後轉保本公司其他專案，以完整保險規劃。
2.本保險商品疾病之等待期間為三十日，等待期間為契約生效日後三十日內，但續保者不受本項三十日約定之限制。
3.本保險商品癌症之等待期間為九十日，等待期間為契約生效日後九十日內，但續保者不受本項九十日約定之限制。
4.本公司保留承保與否之決定，其他未盡詳細事項，悉依保單條款辦理。
5.「本保險為非保證續保之保險商品」。

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：113.10.01 富保業字第 1130004153 號函送保險商品資料庫。
本保險為非保證續保之保險商品。

富邦產物傷害保險保險專用要保書

□進件　□歸檔

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	□男　□女	婚姻	□已婚　□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	學生、孩童	職稱		
	副業		職業代碼	1201002	國籍	□本國　□外國	
	住所地址	□□□			E-MAIL	※數字 0 請以 ø 書寫	
	電話	住宅：	公司：	分機：		手機：	
要保人	E-MAIL	※數字 0 請以 ø 書寫					
	姓名		性別	□男　□女	身分證號碼/統一編號	出生日期	年　月　日
	住所（通訊）地址	□同（主）被保險人住所地址（可免填要保人住所(通訊)地址） □□□				與(主)被保險人關係	
	電話	住宅：	公司：	分機：		手機：	
保單型式		為響應環保，本人同意設定電子保單暨電子通知 (手機或 email 擇一必填，以下毋須勾選) ※若不同意電子保單，請擇一勾選　□紙本保單+電子條款(可掃描 QR Code 下載保單條款)　□紙本保單+紙本條款					
保險期間		自民國　年　月　日零時起一年					
繳費方式		繳　別：□A.年繳　□S.半年繳　□Q.季繳　□M.月繳					
		本　期：□信用卡　□支票（限年繳）　□現金（限年繳）　□帳戶扣款（限年繳）					
		續　期：□信用卡　□支票（限年繳）　□現金（限年繳）　□帳戶扣款（限年繳）（未勾選視同本期繳費方式）※若富邦產物未通知同意續保，或續保及繳費約定附加條款選擇「不同意」時，雖於本項勾選，仍不生續保效力。					
續保及繳費約定附加條款		□同意附加　□不同意附加　（未勾選者視為不同意附加續保及繳費約定附加條款） ※本專案組合皆適用續保及繳費約定附加條款					

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。

以下告知事項於加保健康保險時告知：

3.被保險人目前之身高＿＿＿＿＿cm，體重＿＿＿＿＿kg

4.過去兩年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？（亦可提供檢查報告代替回答）

5.最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？

6.過去五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、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤、腦中風（腦出血、腦梗塞）、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙（外表無法明顯判斷者）、巴金森氏症、精神病、肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核、肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常（ＧＰＴ、ＧＯＴ值超過 40u/L 以上）、腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞、視網膜剝離或出血、視神經病變、癌症（惡性腫瘤）、血友病、白血病、貧血（再生不良性貧血、地中海型貧血）、紫斑症、糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下、紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原。

7.過去一年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？
酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎、肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸、慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞、痛風、高血脂症、青光眼、白內障。

8.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？

9.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？

婦女欄－被保險人為女性時，請回答以下問題：

10.被保險人過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？

11.是否已確知懷孕？如是，＿＿＿＿＿週

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：

下載版-新十全兒童-照護升級版 2.0(113.11)

1-FH0C002M-0

承保範圍			保險金額（NT$）		
兒童傷害主計畫			**計畫 A**	**計畫 B**	**計畫 C**
1.	個人責任保險金(自負額 2,500 元)		100 萬	100 萬	100 萬
2.	特定燒燙傷保險金(依等級表 6 級 11 項)		300 萬	400 萬	500 萬
3.	顏面傷害整型費用保險金		30 萬	50 萬	100 萬
4.	傷害住院醫療保險	住院醫療保險金(最高 90 日)	1,000 元/日	1,500 元/日	2,000 元/日
		骨折未住院津貼(依骨折表折算限額)	最高 3 萬	最高 4.5 萬	最高 6 萬
5.		加護病房醫療保險金(最高 90 日)	1,500 元/日	2,000 元/日	2,500 元/日
6.		燒燙傷病房醫療保險金(最高 90 日)	3,000 元/日	4,000 元/日	5,000 元/日
7.		住院生活補助金(住院醫療達 3 日(含)以上)	3,000 元/次	3,000 元/次	3,000 元/次
8.	傷害住院安心療養保險金(最高 90 日）		500 元/日	750 元/日	1,000 元/日
9.	看護費用保險金(最高 90 日)		500 元/日	1,000 元/日	1,500 元/日
10.	食品中毒補償保險金		3,000 元/次	3,000 元/次	3,000 元/次
11.	輔助器具費用補助保險金		2 萬	2 萬	2 萬
每一期分期保險費（NT$）			年繳保費x繳別係數（月繳：0.088/季繳：0.262/半年繳：0.52）※誤差值以系統計算為主		
傷害保險年繳保險費（NT$）			☐ **979 元**	☐ **1,308 元**	☐ **1,641 元**

【傷害醫療加值方案】(限與兒童傷害主計畫同時附加承保)

傷害醫療加值方案承保範圍		**方案一**	**方案二**	**方案三**
1.	新實支實付傷害醫療保險金 (每次事故限額)	3 萬	4 萬	5 萬
2.	救護車運送費用保險金 (每次事故限額)	2,000	2,000	2,000
3.	傷害骨折保險金（依骨折表比例折算定額)	1 萬	1.5 萬	2 萬
每一期分期保險費（NT$）		年繳保費x繳別係數（月繳：0.088/季繳：0.262/半年繳：0.52）※誤差值以系統計算為主		
兒童傷害主計畫+傷害醫療加值選 年繳保險費(NT$)		☐ **2,021 元**	☐ **2,476 元**	☐ **2,920 元**

【健康醫療加值方案】(限與兒童傷害保險同時附加承保)

健康醫療加值方案承保範圍			**計畫 A**	**計畫 B**
1.	初次罹患癌症保險金		30 萬	30 萬
2.	初次罹患原位癌保險金		3 萬	3 萬
3.	特定癌症增額保險金		6 萬	6 萬
4.	癌症生活補助保險金		1.5 萬	1.5 萬
5	住院醫療保險金	1~30 日	1,000 元/日	1,500 元/日
		31~365 日	2,000 元/日	3,000 元/日
6	加護病房保險金(最高 90 日)		2,000 元/日	3,000 元/日
7	燒燙傷中心醫療保險金(最高 90 日)		3,000 元/日	4,500 元/日
8	住院看顧保險金(最高 90 日)		500 元/日	750 元/日
9	外科手術保險金(依手術比例)		-	4.5 萬 x 手術比例
每一期分期保險費（NT$）			年繳保費x繳別係數（月繳：0.088/季繳：0.262/半年繳：0.52）※誤差值以系統計算為主	
健康醫療加值保險年繳保險費（NT$）			☐ 元	☐ 元
合計總保險費（NT$）			元 **※若繳別選擇非年繳者請勿填寫總保險費，以系統計算為主。**	

※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。

■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。

※被保險人如屬其他職業類別者，請洽本公司服務人員。
※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。

※主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
※主被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？（如勾選是者，請提供）	□是 □否
※主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

※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）＿＿＿＿＿＿＿＿

※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。

主被保險人簽名：（未滿 7 足歲由法定代理人代簽）＿＿＿＿＿＿＿＿　法定代理人簽名：((主) 被保險人未滿 18 足歲者須加簽)＿＿＿＿＿＿＿＿

要　保　人　簽　名　：＿＿＿＿＿＿＿＿　法定代理人簽名：（要保人未滿 18 足歲者須加簽）＿＿＿＿＿＿＿＿

要保日期：中華民國　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>保單備註</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">業務員／經辦欄</td></tr>
<tr><td>招攬人員簽名</td><td>請以正楷簽名</td><td>報備號碼</td><td></td><td colspan="2">保單寄送方式</td></tr>
<tr><td>登錄字號</td><td></td><td rowspan="2">管理人＋出單序號
（10 碼）</td><td rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2">□1. 核保取單
□2. 保單收據直寄
(上述寄送方式未勾選者，表示為核保取單)</td></tr>
<tr><td>經辦代號
（9 碼）</td><td></td></tr>
<tr><td>管理人姓名</td><td></td><td>保經、代公司簽章</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>保經代單位名稱</td><td></td><td>保經代單位代號</td><td></td><td>流水編號</td><td></td></tr>
</table>

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

<table>
<tr><td rowspan="4">富邦產險欄</td><td colspan="4">公司受理欄</td><td>公司收件日</td><td>行政助理欄</td><td>人工核保</td></tr>
<tr><td>交易序號</td><td></td><td>繳費金額</td><td>元</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">下列欄位請行政助理勾選（未勾選，表示均正確。）</td></tr>
<tr><td>1.未簽名或塗改</td><td>□Y 是</td><td>2.簽章</td><td>□Y 是 □N 否</td></tr>
</table>

下載版-新十全兒童-照護升級版 2.0(113.11)

0-FH0C002M-2

富邦產險

特別提醒事項聲明書

本人(即要保人及被保險人)茲聲明並確認已瞭解**本次申請**投保含實支實付型保險給付之商品(以下簡稱本商品)其**保險金之理賠須符合損害填補原則**，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註1)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中**相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，貴公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付**。

本人(即要保人及被保險人)聲明本次投保已詳閱本聲明書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所投保商品理賠原則。

此致富邦產物保險股份有限公司

要保人簽章：_____法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____(註2)

被保險人簽章：_____法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____(註3)

業務員／保險經紀人（保險代理人）簽名：_____

註 1：同質性保險商品：係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如：數張實支實付型傷害醫療保險為同性質，但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

註 2：如要保人為未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如要保人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

註 3：如被保險人為未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如被保險人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

中華民國　　年　　月　　日

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，自動續約繳費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

*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）

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、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。

※如有授權自動續約者須簽名；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

電腦產稿專用