

富邦產物公教員工旅行平安保險專用要保書（個人暨家庭型）

☐ 進件
 ☐ 歸檔

保險單號碼		報價單號碼		卡別	001 公教旅平卡	憑證號碼	※內部作業欄位，不須填寫	
要保人	姓名				身分證號碼	出生日期 年 月 日		
	任職機關/公司名稱	部門/職稱				電子保單暨通知 <input type="checkbox"/> 本人同意設定電子保單與電子通知，且不寄送實體保單與實體通知		
	住所（通訊）地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			E-MAIL	※若勾選電子保單暨通知，則必填		
	電話	住宅：	公司：	分機：	手機 1.：（必填）	手機 2.：		
保險期間		自民國 年 月 日至 年 月 日（每次賠償責任期間由要保人或被保險人與本公司另行約定）				繳費方式	<input checked="" type="checkbox"/> 信用卡	

被保險人基本資料（限要保人親屬）											
被保險人				身故保險金受益人 備註：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							
序號	姓名/簽名 <small>（未滿7足歲或受監護宣告者由法定代理人/監護人代簽）</small>	出生日期	身分證號碼	與要保人關係	序號	姓名 <small>※未填寫則為法定繼承人</small>	身分證號碼/統一編號	與被保險人關係	電話	住所(通訊)地址	備註
1.	同要保人	同要保人	同要保人	本人	1.						
※被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如勾選是者，請提供相關證明文件)					2.						
詳旅平卡被保險人名冊											

承保範圍				保險金額 (NT\$)																
				國內旅遊適用						國外旅遊適用				國外旅遊醫療加值型或申根公約國適用						
				兒童國內		計畫一				兒童國外		計畫二		兒童國外醫療 加值或申根		計畫三				
適用年齡				未滿 15 足歲		15-85	15-74	18-74	18-69	未滿 15 足歲		15-85	15-74	15-69	未滿 15 足歲		15-85	15-74	15-69	
組合				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1.	旅行保障保險 (公教人員適用)	旅行平安保險-身故及失能保障		—	61.5 萬	200 萬	600 萬	600 萬	1,000 萬	—	61.5 萬	200 萬	600 萬	1,000 萬	—	61.5 萬	200 萬	600 萬	1,000 萬	1,500 萬
2.		傷害醫療費用保險(保期內最高)		20 萬	20 萬	20 萬				20 萬	20 萬	20 萬	60 萬	100 萬	150 萬	150 萬	150 萬			
3.		海外突發疾病健康醫療保險	住院醫療費用 門診醫療費用	—							同傷害醫療保險金額 最高以往院醫療費用保額 5%為限				同傷害醫療保險金額 最高以往院醫療費用保額 5%為限					
4.	安心個人旅行 綜合保險-甲型	個人責任保險(自負額 2,500 元)		25 萬						50 萬				200 萬						
5.		緊急救援費用保險		50 萬						50 萬				200 萬						
6.		劫持事故慰問金(定額型)		5 萬/次						5 萬				5 萬						
7.	個人海外 旅行不便保險	旅程取消保險								6 萬				10 萬						
8.		班機延誤保險(定額型)	延誤 4 小時以上 2 次為限							每 4 小時 5 千 每次最高 1 萬				每 4 小時 6 千 每次最高 1.2 萬						
9.		旅程更改保險								6 萬				10 萬						
10.		行李延誤保險(定額型)	延誤 6 小時以上							1 萬/次				1 萬/次						
11.		行李損失保險(定額型)	2 次為限							6 千/次				1 萬/次						
12.		旅行文件損失保險(定額型)								6 千/次				6 千/次						
13.	安心遊個人旅行 綜合保險	親友前往處理費用保險		1.5 萬		2 萬		2 萬												
14.		食品中毒補償保險(定額型)		5 千/次		8 千/次		8 千/次												
15.		一至三級失能居家照護補償保險		10 萬		10 萬		10 萬												
16.		交通費用補償保險(定額型)	保期內 1 次為限	—		—		3 千/次		—										
17.	安心旅行駕駛人 責任保險	汽車駕駛人駕駛他人汽車車對車碰撞車體損失責任保險		—		—		10 萬												
18.		汽車駕駛人第三人責任保險第三人傷害		—		—		100 萬												
19.		汽車駕駛人第三人責任保險第三人財損		—		—		10 萬												
總保險費 (NT\$)				依每次賠償責任期間天數及人數計算																

※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。

※本人(要保人)已審閱 貴公司所提供之保險單條款，並於右方欄位簽名。
 要保人簽名：
 法定代理人/監護人簽名：
 （未滿7足歲或受監護宣告者由法定代理人/監護人代簽）
 （要保人未滿18足歲或受監護宣告者須加簽）

要保日期：中華民國 年 月 日

要保人簽名（未滿7足歲或受監護宣告者由法定代理人/監護人代簽）：
 法定代理人/監護人簽名（要保人未滿18足歲或受監護宣告者須加簽）：

※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载本人資料轉送產、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。

■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。■本保單所載各項保險金額於各被保險人分別適用之。

■要保人或被保險人在保險期間內得任意指定一段連續期間，並以雙方約定之方式於指定時間一個小時前通知本公司，此一連續期間即為本公司賠償責任期間。

保單備註					
招攬人員簽名	請以正楷簽名	登錄字號	經辦代號（9 碼）		
管理人姓名		保單寄送方式	<input type="checkbox"/> 1.經辦自取 <input type="checkbox"/> 2.憑證直寄（上述寄送方式未勾選，表示為憑證直寄）	報備號碼	
保經代單位名稱		保經代單位代號		保經、代公司簽章	

-----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	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	<input type="checkbox"/> Y 是	2.簽章	<input type="checkbox"/> Y 是 <input type="checkbox"/> N 否			

印刷版-公教卡【個人暨家庭型】(114.06)

0-HT0C004G-1



旅平卡-個人專用名冊

被保險人基本資料（限要保人親屬）													
被保險人							身故保險金受益人(※未填寫則為法定繼承人)						
序號	姓名/簽名 <small>※未滿7足歲或受監護宣告者 由法定代理人/監護人代簽</small>	出生日期	身分證號碼	與要保人 關係	被保險人目前是否 受有監護宣告? <small>(如勾選是者，請提供 相關證明文件)</small>	法定代理人/ 監護人簽名 <small>被保險人未滿18足歲 或受監護宣告者須加簽</small>	序號	姓名	身分證號碼	與被保險 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
1. 同首頁（主）被保險人													
2.		年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		1.						
3.		年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		1.						
4.		年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		1.						
5.		年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		1.						
6.		年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		1.						
7.		年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		1.						
8.		年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		1.						
9.		年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		1.						
10.		年 月 日			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		1.						

保險費【信用卡】自動扣繳付款授權書

信用卡種類	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> 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
電話	日間： 行動：		
經辦： _____	電話： _____	<input checked="" type="checkbox"/> Y 信用卡展期註記	

本人向富邦產物保險股份有限公司(下稱富邦產險)申請使用電話投保方式，並授權由指定之信用卡繳納保險費，並願遵守下列各約定條款。

*** 持卡人簽名 (限要保人本人)：** _____ **務必簽名** *** 要保人簽名：** _____ **務必簽名**
 (須與信用卡背面簽名樣式相同) (須與要保書之簽名樣式相同)

授權書約定事項

- 一、本保險費信用卡授權書由富邦產險(以下簡稱本公司)負責審核、保管，並自審核通過時起，要保人取得「公教員工旅行平安保險卡」後始可使用電話服務向本公司約定賠償責任期間。
- 二、本公司得於要、被保險人電話或傳真投保時，先取得信用卡之授權，並於保期結束後進行信用卡請款作業(惟保期超過 20 天之保單，於生效翌日進行請款作業。)，若於中途要、被保險人因變更投保內容導致保費異動，本公司得重新取得信用卡授權，針對前次授權將不會進行請款作業。
- 三、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。
- 四、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。
- 五、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。
- 六、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。
- 七、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。持卡人聲明完全知悉與要保人/被保險人關係，並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。
- 八、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。
- 九、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法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。

☒ 本人知悉且同意富邦產險為提供公教員工旅遊平安卡保險之完善服務，將整合運用金控子公司客服資源，進行上該目的之相關服務，此項同意僅於提供服務使用並不作任何銷售之運用，本人並得隨時通知停止該項同意。

簽名欄： _____ **務必簽名**

簽約日期：中華民國 年 月 日



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 2. 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 國名：_____		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：_____		
法人	1. 行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業 2. 法人負責人：_____ 3. 法人註冊地：_____		1. 行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業 2. 法人負責人：_____ 3. 法人註冊地：_____		
客戶屬性 1. <input type="checkbox"/> 非專業客戶 2. <input type="checkbox"/> 專業客戶 (詳註三)					
<small> 註一：高風險之行職業宜參考國家洗錢資恐及資武擴風險評估報告所列之高及非常高行業，2024年國家洗錢資恐及資武擴風險評估報告所列高及非常高行業類別如下：國際金融業務分行(OBU)、提供虛擬資產服務之事業或人員、本國銀行、國際證券業務分公司(OSU)、外國銀行在臺分行、國際保險業務分公司(OIU)、證券商、銀樓業、辦理儲金匯兌之郵政機構、人壽保險公司、會計師、律師、提供第三方支付服務之事業或人員、不動產經紀業、農業金融機構(含全國農業金庫、農會信用部及漁會信用部)。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：專業客戶：要保人或被保險人符合以下條件之一者：(1)依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構：國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構；國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。(2)要保人或被保險人為法人，接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五千萬元以上。註四：國籍、職業/行業如涉及雙重國籍或多重職業別者，得複選。 </small>					
(一)過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？(1) <input type="checkbox"/> 是 若是，請說明居住國家(地區)_____。(2) <input type="checkbox"/> 否					
(二)要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如中央或地方民意代表、公務機關首長)？ (1) <input type="checkbox"/> 是 若是，請說明_____。(2) <input type="checkbox"/> 否					
(三)要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序？(1) <input type="checkbox"/> 是 (2) <input type="checkbox"/> 否					

一、**個人傷害險/個人健康險/旅平險/微型保險適用：**

- 要/被保險人投保目的及需求(可複選)：(1) ☐ 保障 (2) ☐ 子女教育經費 (3) ☐ 退休規劃 (4) ☐ 房屋貸款 (5) ☐ 其他_____。
- 招攬經過：(1) ☐ 招攬投保 (2) ☐ 職域開拓 (3) ☐ 親友介紹 (4) ☐ 陌生拜訪 (5) ☐ 主動投保 (6) ☐ 其他_____。
- 要/被保險人財務狀況：
 要保人/被保險人/家中主要經濟者年收入：(1) ☐ 25 萬以下 (2) ☐ 26 萬~50 萬 (3) ☐ 51 萬~75 萬 (4) ☐ 76 萬~100 萬 (5) ☐ 其他____。
 家中主要經濟來源為被保險人之：(1) ☐ 本人 (2) ☐ 配偶 (3) ☐ 父母 (4) ☐ 子女 (5) ☐ 其他_____。
- 本次投保的保險費支出來源為：(1) ☐ 薪資 (2) ☐ 投資收入(含動產/不動產投資收益) (3) ☐ 存款(退休金) (4) ☐ 存款(其他) (5) ☐ 父母/二等親代繳 (6) ☐ 貸款(若部分保費來源為貸款，此選項亦須勾選) (7) ☐ 保單借款 (8) ☐ 定存解約 (9) ☐ 保險解約金 (10) ☐ 其他：_____。
- 要保人及被保險人投保前三個月內是否有辦理終止契約、貸款或保險單借款之情形？(1) ☐ 是 (2) ☐ 否。
- 被保險人是否投保其他商業保險(1) ☐ 否 (2) ☐ 是。公司名稱：_____。
- 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，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？
 (1) ☐ 是 (2) ☐ 否 若否，請說明原因_____。
- 招攬人員已瞭解要保人及被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可足資傳遞電子文件之聯絡方式？☐ 是。
 (保險契約係以電子保單型式出單者適用。備註：若招攬之險種非以電子保單型式出單者，則無需勾選，即便勾選視同無記載)

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	
	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否
9. 招攬時，已確認要/被保險人及受益人身份？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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

二、**團體傷害險/團體健康險/旅平險(集體彙繳件)適用：**

- 要保單位名稱：_____，代表人_____，投保目的(可複選)：(1) ☐ 保障 (2) ☐ 員工福利 (3) ☐ 其他_____。
- 要保單位財務狀況：資本額：_____萬元，成立時間：民國_____年，員工人數：_____人，過去三年該公司平均營收：_____萬元。
- ☒ 是 ☐ 否 招攬時，向要保單位確認要保單位與被保險人及被保險人與受益人之關係及身份？
- ☒ 是 ☐ 否 招攬時已親晤要保單位，並確認要保書係由要保單位授權蓋章無誤？
- ☒ 否 ☐ 是 身故受益人指定雇主或要保單位？
- ☒ 否 ☐ 是 主動投保？

三、**業務員招攬聲明事項：**

- 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。
- 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，並於面見要、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害時，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，請於招攬人員欄簽章。

招攬單位：

招攬人員簽名：

核保人簽章：

保經、代公司簽章：

電話(行動電話)/分機：

中華民國：

年

月

日

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 18 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-D90C0501-0

