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。

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：111.11.11 富保業字第 1110024146 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。

■「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。

下載版【幸福團員_甲式】(112.01)

1-FG0C0317-0

保單備註				
業務員／經辦欄				
業務員簽名	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	保經代業務員簽名	保經代業務員登錄字號	保經代簽署欄

----------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.簽署章	□Y 是 □N 否			

下載版【幸福團員_甲式】(112.01)

※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內容。

投保單位章

負責人章

受理日期

0-FG0C0317-1

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)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。
※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。

下載版【幸福團員_甲式】(112.01)

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。

投保單位章	負責人章

0-FG0C0317-2

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)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。
※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】(112.01)

投保單位章	負責人章

0-FG0C0317-2

富邦產險

瞭解要/被保險人之需求及適合度分析評估暨業務員報告書（人身險適用）

投保險種：		被保險人	(1) □本人	(2)	(3)
要保人：			(4)	(5)	
自然人	1. 職業：□一般職業 □註一職業 2. 國籍：□本國籍 □外國籍 國名：_____		1. 職業：□一般職業 □註一職業 2. 國籍：□本國籍 □外國籍 國名：_____		
法人	1. 行業：□一般行業 □註一行業 2. 法人負責人：_____ 3. 法人註冊地：_____		1. 行業：□一般行業 □註一行業 2. 法人負責人：_____ 3. 法人註冊地：_____		
客戶屬性	1. □非專業客戶 2. □專業客戶(詳註三)				

註一：律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。軍火商、不動產經紀人。當鋪業、融資從業人員。寶石及貴金屬交易商。藝術品/骨董交易商、拍賣公司。基金會、協會/寺廟、教會從業人員。博弈產業/公司。匯款公司、外幣兌換所。外交人員、大使館、辦事處。虛擬貨幣的發行者或交易商。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。註五：法人負責人或代表人，原則應與要保書上所記載一致，即為董事長或總經理。註六：要保人多人時，請個別填寫報告書，若被保險人為多人時，以母公司、總機構之資訊及行業為準，自然人填一張為代表。

(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) □是 若是，請說明居住國家(地區) _____。(2) □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)□是 若是，請說明 _____。(2)□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)□是 (2)□否

一、個人傷害險/個人健康險/旅平險/微型保險適用：

1. 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_____。
2. 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_____。
3. 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_____。
4. 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：_____。
5. 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。
6. 被保險人是否投保其他商業保險(1) □否 (2) □是。公司名稱：_____
7. 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_____。

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
8. 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？	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
9. 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？	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

二、團體傷害險/團體健康險/旅平險（集體彙繳件）適用：

1. 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 _____。
2. 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。
3. ☑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？
4. ☑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？
5. ☑否 □是 身故受益人指定雇主或要保單位？
6. ☑否 □是 主動投保？

三、業務員招攬聲明事項：

1. 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。
2. 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，請於業務員欄簽章。

招攬單位： **業務員簽名：** **核保人簽章：** **簽署人簽章：**

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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　立同意書人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（要保人）　（本人親自簽名）　　（被保險人）　（本人親自簽名）

身分證號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　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