

意外傷害保障計畫

系列01

(以計畫C為例)



搭乘大眾運輸 工具保障

搭乘公車、捷運、火車、飛機等大眾運輸工具時因意外傷害事故造成身故或殘廢給付。

最高2,100萬

特定事故保障



因地震、颱風、洪水及土石流或搭乘電梯時之意外傷害事故造成身故或殘廢給付。

最高600萬

海外事故保障



旅遊、洽公等停留海外期間因意外傷害事故所造成身故或殘廢給付。

最高400萬



意外全殘 特別給付

因意外傷害事故造成第一級殘廢程度之保險給付。

600萬

傷害必備 基本保障



一般意外傷害事故造成身故或殘廢給付。

最高300萬

十全大補

【意外傷害保障計畫】

十項保障，一次補齊

台灣人最關心的意外傷害及醫療保障
都在「十全大補意外傷害保障計畫」
安心要靠自己創造，多一份保障多一份安心



重大燒燙傷 特別給付

彌補一般意外保障之不足，依燒燙傷程度給付保險金。

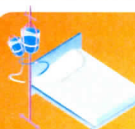
最高100萬

選擇型 意外傷害 醫療給付



包含住院醫療、加護病床、燒燙傷病床及門診手術醫療保險金，除定額給付外，另可選擇以實支實付方式請領。

住院日額2,000元
/實支實付限額10萬



住院慰問金

因意外傷害經住院治療達三日以上(含三日)者，本公司另給付慰問金。

5,000元

緊急事故 特別給付



因意外傷害所需支付的緊急救護費用。

救護車2,000元
急診費用500元

自動續約



經首年投保同意後，來年本專案的保障可自動延續，不僅簡化續保流程，更可避免保障中斷的風險。

保障不中斷

商品名稱

富邦產物傷害保險(個人暨家庭型)、富邦產物意外傷害全殘增額給付附加條款、富邦產物傷害保險電梯特定意外事故增額給付附加條款、富邦產物傷害保險地震特定意外事故增額給付附加條款、富邦產物傷害保險颱風洪水土石流特定意外事故增額給付附加條款、富邦產物傷害保險重大燒燙傷給付附加條款、富邦產物傷害保險自動續約附加條款

商品核准字號

依95.08.10金管保二字第09502069411號函修訂;95.11.23(95)富保研發字第176號函備查;95.11.23(95)富保研發字第177號函備查;95.11.23(95)富保研發字第179號函備查;97.04.15(97)富保研發字第259號函備查;97.04.15(97)富保研發字第261號函備查;96.08.31依行政院金融監督管理委員會95.09.01金管保二字第09502522257號令修正;97.03.20(97)富保研發字第187號函備查

主要給付項目

1.死亡及殘廢。2.實支實付傷害醫療保險金、住院慰問金、住院醫療保險金、加護病床醫療保險金、燒燙傷病床醫療保險金、門診手術醫療保險金。3.救護車費用保險金、急診費用保險金。4.搭乘大眾運輸增額保障保險金。5.海外傷害增額保障保險金。6.全殘給付保險金。7.重大燒燙傷保險金。

公開資訊

本公司保密措施及資訊公開說明：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，有關本公司保密措施詳細內容及資訊公開說明，歡迎利用網際網路至本公司網站www.518fb.com查詢。

富邦產物傷害保險(個人暨家庭型)要保書

保險單號碼	字第 HP 號	續保號碼	字第 HP 號
要保人	出生日期	年 月 日	身分證字號 / 統一編號
聯絡地址			
被保險人	出生日期	年 月 日	年齡
聯絡地址			
住宅標的物地址			
公司名稱	職 稱	職業代碼	
工作內容	副 業	副業代碼	
保險期間	自民國 年 月 日	午夜十二時起一年	身故保險金受益人 (未指定則為法定繼承人) 關係

承保內容 / 保險金額 (來源別：066)(專案代號：)	計畫 A	計畫 B	計畫 C	計畫 D	※傷害醫療給付選擇型承保內容詳如下表：			
					傷害醫療選擇型給付計畫別		計畫一	計畫二
					保險金額		計畫 A、B	計畫 C、D
1 傷害保險(個人暨家庭型)-身故及殘廢	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	同一事故定額給付及實支實付二擇一	住院醫療保險金(最高 90 日)	1,000 元/日	2,000 元/日
2 搭乘大眾運輸增額保障	900 萬	800 萬	1,800 萬	1,600 萬		加護病床醫療保險金(最高 90 日)	1,000 元/日	2,000 元/日
3 海外傷害增額保障	200 萬	200 萬	200 萬	200 萬		燒燙傷病床醫療保險金(最高 90 日)	2,000 元/日	4,000 元/日
4 電梯特定意外事故增額給付	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬		門診手術醫療保險金	1,000 元/次	2,000 元/次
5 地震特定意外事故增額給付	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬		骨折未住院津貼(依骨折別換算額)	最高 3 萬	最高 6 萬
6 颱風洪水土石流特定意外事故增額給付	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬		住院慰問金(住院治療達 3 日(含)以上)	5,000 元/次	5,000 元/次
7 全殘增額給付	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬		每次事故傷害醫療保險金限額	5 萬	10 萬
8 特定燒燙傷給付(依等級表 6 級 11 項)	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬		住院慰問金(住院治療達 3 日(含)以上)	5,000 元/次	5,000 元/次
9 傷害緊急救護費用給付(救護車 2,000 元+急診費用 500 元)	2,500 元/次	2,500 元/次	2,500 元/次	2,500 元/次				
10 十全海外突發疾病健康保險(最高 90 日)	200 元/日	200 元/日	200 元/日	200 元/日				
11 家庭成員意外責任保險	3 萬	15 萬	20 萬	35 萬				
12 傷害醫療選擇型給付(定額給付/實支實付)	1,000 元/5 萬	1,000 元/5 萬	2,000 元/10 萬	2,000 元/10 萬				
年繳保險費(NT\$)	1,880 元	2,880 元	3,880 元	5,880 元				
傷害保險自動續約附加條款	<input type="checkbox"/> 同意附加 <input type="checkbox"/> 不同意附加							

備註 ※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。
 ※表列保費係職業類別 1 類適用。如屬其他職業類別者，請洽本公司服務人員。

告知事項
 ※被保險人告知事項：
 1. 被保險人詳細工作內容：_____；被保險人是否兼業？
 如是，兼業內容：_____
 2. 過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診斷或用藥？
 (1) 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？ 是 否
 (2) 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障害(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症？ 是 否
 (3) 癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病？ 是 否
 (4) 糖尿病？ 是 否
 (5) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症？ 是 否
 (6) 視網膜出血或剝離、視神經病變？ 是 否
 3. 目前身體機能是否有失明、聾、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害、四肢(含手指、足趾)缺損或畸形？ 是 否
 以上若答是請註明原因、病名、治療期間、治療結果及有無復發、醫院名稱及地點：_____

聲明事項
 ※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查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
 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、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
 3. 本人(被保險人、要保人)同意富邦產物保險公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。
 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。

■ 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。
 ■ 投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
 ■ 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。
 ■ 「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。

要保人/被保險人簽名：_____ / _____ (請親自簽名) 要保人與被保險人關係：_____
 法定代理人簽名：_____ (請親自簽名，要保人未達 20 足歲時須加法定代理人簽名) 要保日期：中華民國 年 月 日

富邦審核欄位	輸入	承辦	核保	核定	經辦人員及 ID	保經代簽署	保經代業務員
					經辦代號： 姓名： ID：	簽名： ID：	

保險費信用卡簽帳單

信用卡別： <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB	發卡銀行：_____	簽帳日期：年 月 日	簽帳金額
信用卡卡號：_____	有效期限：20 年 月止	被保險人	保單號碼
持卡人姓名：_____ (請以正楷填寫)	身分證字號：_____	拾 萬 仟 佰 拾 元	
電話：(日間) _____ (行動) _____	與要保人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹	持卡人簽名：_____	

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) 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。(請與信用卡簽名樣式相同)
 (3) 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。(4) 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。

FUB-424(100.9.20)本(廣)置