



## 投保人須知

**一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知其授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。**

說明：保險業務員管理規則第六條規定：「業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。」，如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

**二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。**

說明：(一)保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明」又「要保人故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約。其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」

「前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。」

(二)因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書之詢問事項，都需要實實在在詳細的說明或填寫清楚，不能有過失遺漏、故意隱瞞或告知不實情事。否則，保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約（不過，保險公司須在知有解除原因後一個月內行使）；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人（或被保險人）能證明保險事故發生原因與未告知事項無關。且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

**三、除外責任。**

說明：(一)保險公司依照保險法規定，有下列原因，可以不負賠償責任。

1. 要保人或受益人故意致被保險人於死者(參考保險法第一二一條)。
2. 被保險人訂約或復效之日起二年內故意自殺，或因犯罪處死或逮捕或越獄致死者(參考保險法第一〇九條)。

(二)此外在旅行平安保險保單條款通常都有詳細訂明各種除外責任之範圍，可以參閱。

**四、保險責任始期。**

說明：保險公司的保險責任，是自保險公司同意承保且要保人交付保險費時開始，保險公司並應發給保險單作為承保的憑證。

若在保險公司簽發保單前已先交付相當的保險費而發生應予給付的保險事故時，保險公司仍負保險責任。

**五、投保時，要保書應由要保人簽章；如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知道你投保的內容，及維護你的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。**

**六、被保險人為未滿十五足歲之未成年人，或精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者，其身故保險金給付之限制。**

說明：(一)訂立本契約時，以未滿十五足歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五足歲之日起發生效力。

(二)訂立本契約時，以精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者為被保險人，其喪葬費用保險金額總和（不限本公司），不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費用扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。

(三)前開內容在保單條款都有詳細規定，可以參閱。

**七、本保險商品受保險安定基金之保障。**

說明：保險安定基金之保障適用於依我國法律設立許可之本（外）國人壽保險業在我國境內銷售之有效保險契約，但不包括下列契約：

- (一)未經我國法令許可之保險業在國內所銷售之保險契約。
- (二)國內壽險業之國外（總）分支機構在國外銷售之保險契約。
- (三)保險商品之專設帳簿部分。
- (四)依據勞工退休金條例年金保險實施辦法規定銷售之勞退企業年金保險契約及勞退個人年金保險契約。

**八、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：**

說明：要保人、被保險人或受益人因保險契約發生爭議時，可依金融消費者保護法規定先向保險業提出申訴，保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆申訴人；申訴人不接受處理結果者或保險業逾上述期限不為處理者，申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向爭議處理機構申請評議。

## 要保書填寫說明

### 一、「業務員登錄證」？

業務員登錄證係業務員所屬之保險公司依財政部公佈之「保險業務員管理規則」核發，為具有招攬保險之資格證件，業務員招攬保險時，應出示登錄證，並詳細告知授權範圍。

### 二、什麼是要保書？

要保書是指要保人向保險公司申請投保時所填寫的書面文件。主要內容包括：要保人與被保險人姓名、出生年月日、地址、國籍、電話號碼、身分證字號；保險期間；旅行地點；保險內容、保險費；受益人；要保人與被保險人聲明事項、要保人與被保險人簽章等。

### 三、誰來填寫要保書？

要保書應由要保人及被保險人本人就有關內容親自填寫並簽章，未經契約當事人同意或授權，保險經紀人、代理人及業務員均不得代填寫或簽章。若要保人或被保險人為未成年人，需經其法定代理人的同意，並於要保書上簽章。

### 四、什麼是「要保人」？

要保人是指對保險標的具有保險利益，向保險人申請訂立保險契約，並負有交付保險費義務之人，其權利及義務為：

(一)權利：1. 指定各類保險金之受益人。

2. 申請契約變更。

3. 終止契約。

(二)義務：1. 繳納保險費。

2. 被保險人保險事故發生之通知。

3. 告知義務。

### 五、什麼是「被保險人」？

所謂被保險人，指保險事故發生時，遭受損害，享有賠償請求權之人。另依保險法第一百零七條規定，以十五歲以下之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五歲之日起發生效力。以精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者為被保險人之喪葬費用保險金額總和（不限本公司），不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費用扣除額之半數。

### 六、「要保人」與「被保險人」之間必須有什麼關係？

要保人對於被保險人須有保險利益，才可以訂立保險契約，而依保險法第十六條之規定，要保人對於左列各人之生命或身體，有保險利益。

(一)本人或其家屬。

(二)生活費或教育費所仰給之人。

(三)債務人。

(四)為本人管理財產或利益之人。

而依保險法第二十條之規定，凡基於有效契約所生之利益亦得為保險利益。

### 七、什麼是「受益人」？

(一)所謂「受益人」係指被保險人或要保人約定享有賠償請求權之人。

(二)受益人通常除有請求保險金之權利外，並可基於利害關係人之身分繳納保險費。

(三)受益人之義務則應於知悉保險事故發生後通知保險公司。

### 八、受益人怎麼指定？

受益人由要保人/被保險人指定，人數無限制，中途得以變更，次數亦無限制。

### 九、要保書上要填寫什麼「地址」？有何重要性？

要保書中之地址係指要保人地址，要保人應仔細填寫。要保人地址是保險契約所有文件之送達地址，若有變更，要保人應即以書面通知本公司。

### 十、保險費繳付的方式有幾種？

保險費之繳付方式，為一次交付；保戶可視需要選擇以現金轉匯款或信用卡方式繳費。

### 十一、什麼是「告知事項」？

告知事項主要為要保書中有關被保險人是否已投保其它旅行平安保險之詢問事項。應據實說明，如有故意隱匿、或過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。

### 十二、要保書還有什麼附件？

除了要保書本身之外，尚有投保須知、要保書填寫說明及保險單條款樣張或影本等附件，提供給要保人於填寫要保書參考。

### 十三、什麼時候需要法定代理人簽章？

未滿二十歲者訂立保險契約時，須經其法定代理人簽章同意。但已婚者，不在此限。

附註：本填寫說明僅供填寫參考，有關之權利義務，仍請詳閱契約條款之約定。

## 要保書填寫注意事項

請對照要保書之欄位名稱

### 一、保單號碼

1. 現金轉匯款者：本欄位由本公司業務員填寫（9101+團險收據號碼6碼共10碼）。

2. 信用卡繳費者：本欄位由本公司填寫，並請另填寫信用卡/自行繳費付款授權書。

二、要保人身分證號碼/護照號碼/統一編號：請填寫要保人身分證號碼/護照號碼，如為公司請填寫統一編號。

三、要保人/單位：請填寫要保人姓名，如被保險人人數超過1人以上時，要保人請填寫「xxx等xxx人」。(例如王小美等5人)；若以公司為要保人，請填寫公司行號名稱。

四、要保人與被保險人關係：請勾選。

五、地址：請填寫要保人/單位之連絡地址。

六、國籍：請填寫要保人國籍。

七、電話：請填寫要保人/單位之連絡電話。

八、保險期間：請填寫行程開始日期、時間及天數。

九、申請日期：請填寫申請日期。

十、旅行地點：請填寫本次行程之地點。

十一、投保總人數：請填寫此份保單被保險人總人數。

十二、ADD 總投保保險金額：請填寫此份保單之富邦人壽旅行平安保險總保險金額。

十三、保險費共計：本欄位由本公司業務員填寫。

十四、就本次旅程，被保險人是否已投保其它旅行平安保險：請勾選，若有投保其它旅行平安保險者，請填寫保險公司名稱及旅行平安保險投保金額。

十五、要保人與被保險人聲明事項：請詳細閱讀。

十六、繳費方式：請勾選現金轉匯款或信用卡繳費。

十七、已收訖本要保書投保之各項保險契約條款樣本或影本及已審閱「投保人須知」、「要保書填寫說明」，且業務人員已提供並說明「富邦人壽保險股份有限公司履行個人資料保護法告知說明書」內容。

十八、要保人簽名/要保單位蓋章：請要保人親自簽名；若以公司為要保人，請蓋公司章。

十九、被保險人代表簽名：請其中一位被保險人於簽名欄位親自簽名。

二十、法定代理人簽名：要/被保險人未滿法定年齡二十歲時，請其法定代理人親自簽名同意。

二十一、業務人員簽名：本欄位由本公司業務員填寫。

二十二、被保險人名冊：請被保險人自行填寫身分證或護照號碼、姓名、出生年月日、國籍、指定身故保險金受益人姓名及其關係、身故保險金給付方式、保險內容之計劃別及保險金額，保險費欄位由本公司業務員填寫。

### 注意事項：

\* 現金轉匯款者：保單號碼請務必填寫完整後再進行報備，保單號碼後6碼為團險保險費收據(M500063)之收據號碼。

\* 現金轉匯款報備方式：

語音報備專線：0809-000-666/傳真報備專線：(02) 8006-9027

富邦菁英網報備：進入行動辦公室\線上作業\TA報備\TA Call in

(以上僅提供報備之用途，不作相關之核保作業)

文號: 96.08.31 安俊精字第 96071 號函備查

105.10.05 富壽險字第 1050003105 號函備查

※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，應由富邦人壽及負責人依法負責。

※投保後解約可能不利消費者，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。

※富邦人壽公開資訊，歡迎至 www.fubon.com 網站上的資訊公開專區查詢；書面資料可至富邦人壽全省總分支機構索取。

※富邦人壽免費服務專線：0809-000-550

保單號碼：9101-

繳費方式如為信用卡繳費，保單號碼請勿填寫

要保人身分證號碼 / 護照號碼 / 統一編號： <b>A1114XXXX9</b>	要保人/單位 Applicant <b>王大明</b> 等 <b>2</b> 人(詳被保險人名冊)	要保人與被保險人關係 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 員工或成員 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 學校或學生
地址 <b>106 台北市敦化南路一段 XX 號 XX 樓</b> Address	國籍 <b>台灣</b> Citizenship	電話 <b>(02)2176-5XXX</b> Tel
保險期間：自民國 <b>105</b> 年 <b>10</b> 月 <b>10</b> 日 <b>00</b> 時 <b>00</b> 分起共計 <b>5</b> 天(一日以 24 小時計算) Insured Period (Year) (Month) (Date) (Time) (Minutes) Total Days	申請日期： <b>105</b> 年 <b>10</b> 月 <b>7</b> 日 下午 <b>14</b> 時 <b>00</b> 分 Application Date	
旅行地點 <b>香港</b> Visiting Place	投保總人數： <b>2</b> 人 Total of Insured	ADD 總投保保險金額： <b>400</b> 萬元 Total Insurance Amt.
就本次旅程，被保險人是否已投保其它旅行平安保險？ Do you have other Travel Accident Insurance for this trip? 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> ，保險公司名稱/保險金額： No Yes Insurance Co. Insurance Amt.		保險費共計： <b>324</b> Premium \$
<p>■要保人與被保險人聲明事項：</p> <p>1. 本人(被保險人)同意富邦人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。</p> <p>2. 本人(被保險人、要保人)同意富邦人壽將本要保書上之本人資料轉送產、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。</p> <p>3. 本人(被保險人、要保人)同意富邦人壽就本人之個人資料，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。</p>		
<p>■繳費方式</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 現金轉匯款 <b>繳費方式為「現金轉匯款」請勿選擇此項！</b></p> <p><input type="checkbox"/> 信用卡繳費(指定卡號： ) (請另行檢附信用卡自行繳費付款授權書)</p>		<p>■是否已收訖本要保書投保之各項保險契約條款樣本或說明書，「要保書填寫說明」，且業務人員已提供並說明「富邦人壽保險股份有限公司履行個人資料保護法告知說明書」內容。..... <input checked="" type="checkbox"/> 是</p> <p>請務必確認後勾選！</p>
<p><input type="checkbox"/> 申請電子保險費收據(限繳費方式為「信用卡繳費」者勾選)，請提供 E-Mail： 註：未提供 E-Mail 或郵件寄發失敗者，本公司將以實體為紙本方式寄送，不再另行通知。</p>		
要保人簽名/要保單位蓋章 Signature of Applicant <b>王大明</b>	被保險人代表簽名 Signature of the Insured <b>王小可</b>	<p>法定代理人簽名 Signature of Legal representative <b>王大明</b></p> <p>業務人員簽名(Witness) <b>金大富</b></p> <p>單位(Unit) <b>TP101</b></p> <p>登錄字號 <b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</b></p> <p>手機號碼(Cell Phone) <b>0910-000-XXX</b></p>

費率別：  
 個人費率  
 旅行社費率

第○聯：由○○○收執

### 被保險人名冊 Insured List (同一被保險人不得重複填寫，若投保人數逾本表所列時，請另填旅行平安保險被保險人名冊) 單位：新台幣 NT\$

身分證或護照號碼 ID.No./Passport No.	被保險人簽名 Signature of the Insured	出生年月日 Birthday	國籍 Citizenship	保險內容(註1)				保險費 Premium		
				保險商品	ADD	MR	OHS1 適用 OTA1 OHS 適用 OTA			
<b>A2222XXXX6</b>	<b>王小可</b>	<b>100/6/8</b>	<b>台灣</b>	未滿 15 歲 <input type="checkbox"/> TA <input checked="" type="checkbox"/> OTA1 <input type="checkbox"/> OTA	<b>200</b> 萬元	萬元	<input checked="" type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% (請擇一勾選)	<b>162</b> 元		
身故保險金受益人資料(註2)				姓名		身分證號碼/護照號碼/統一編號	與被保險人關係	電話	身故保險金分配方式	
				<b>法定繼承人</b>		<b>法定繼承人</b>			<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例	
<b>A2222XXXX8</b>	<b>王小愛</b>	<b>103/8/9</b>	<b>台灣</b>	未滿 15 歲 <input type="checkbox"/> TA <input checked="" type="checkbox"/> OTA1 <input type="checkbox"/> OTA	<b>200</b> 萬元	萬元	<input checked="" type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% (請擇一勾選)	<b>162</b> 元		
身故保險金受益人資料(註2)				姓名		身分證號碼/護照號碼/統一編號	與被保險人關係	聯絡地址	電話	身故保險金分配方式
				<b>王大明</b>			<b>父女</b>	<b>106 台北市敦化南路一段 XX 號 XX 樓</b>	<b>(02)2176-5XXX</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例
				<b>陳小花</b>			<b>母女</b>	<b>110 台北市東興路 XX 號 XX 樓</b>	<b>0910-110-XXX</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例

註1：險種英文簡稱說明：ADD【富邦人壽旅行平安保險】、MR【富邦人壽旅行平安保險傷害醫療保險附約】、OHS【富邦人壽旅行平安保險海外疾病醫療健康保險附加條款】及 OHS1【富邦人壽旅行平安保險海外突發疾病醫療健康保險附加條款】；OTA 為 ADD、MR 及 OHS 險種之套裝組合(MR 每次實支實付傷害醫療保險金額之 10% 或 30%)；TA 為 ADD 及 MR 險種之組合。

註2：本人(要保人)已知悉「身故保險金受益人」作為日後受益人之通知依據。【受益人若二人以上及應得比例適用民法繼承相關規定。】

註3：同一被保險人同一行程，其投保【富邦人壽旅行平安保險】，並無息退還溢收之保費。

註4：被保險人非因約定之保險事故身故致保險契約效力終止，其溢收保費應退還要保人。

保險公司受理審核欄	<p>現金轉匯款報備專線：0809000666</p> <p>報備方式：<input checked="" type="checkbox"/> 語音 <input type="checkbox"/> 傳真</p> <p>報備時間：<b>105</b> 年 <b>10</b> 月 <b>6</b> 日 <b>10</b> 時 <b>00</b> 分</p>	<p>行動辦公室 <input type="checkbox"/></p> <p>助理受理 Reception (請打上受理時間)</p> <p>審核 Underwriting</p>
-----------	--	--

文號：96.08.31 安俊精字第 96071 號函備查

105.10.05 富壽國險字第 1050003105 號函備查

※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，應由富邦人壽及負責人依法負責。

※投保後解約可能不利消費者，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。

※富邦人壽公開資訊，歡迎至 www.fubon.com 網站上的資訊公開專區查詢；書面資料可至富邦人壽全省總分支機構索取。

※富邦人壽免費服務專線：0809-000-550

保單號碼：9101-

繳費方式如為信用卡繳費，保單號碼請勿填寫

要保人身分證號碼 / 護照號碼 / 統一編號： <b>A1114XXXX9</b>	要保人/單位 Applicant <b>王大明</b> 等 <b>2</b> 人(詳被保險人名冊)	要保人與被保險人關係 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 員工或成員 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 學校或學生
地址 <b>106 台北市敦化南路一段 XX 號 XX 樓</b> Address	國籍 <b>台灣</b> Citizenship	電話 <b>(02)2176-5XXX</b> Tel
保險期間：自民國 <b>105</b> 年 <b>10</b> 月 <b>10</b> 日 <b>00</b> 時 <b>00</b> 分起共計 <b>5</b> 天(一日以 24 小時計算) Insured Period (Year) (Month) (Date) (Time) (Minutes) Total Days	申請日期： <b>105</b> 年 <b>10</b> 月 <b>7</b> 日 下午 <b>14</b> 時 <b>00</b> 分 Application Date	
旅行地點 <b>香港</b> Visiting Place	投保總人數： <b>2</b> 人 Total of Insured	ADD 總投保保險金額： <b>400</b> 萬元 Total Insurance Amt.
就本次旅程，被保險人是否已投保其它旅行平安保險？ Do you have other Travel Accident Insurance for this trip? 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> ，保險公司名稱/保險金額： No Yes Insurance Co. Insurance Amt.		保險費共計： <b>324</b> Premium \$
<p>■要保人與被保險人聲明事項：</p> <p>1. 本人(被保險人)同意富邦人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。</p> <p>2. 本人(被保險人、要保人)同意富邦人壽將本要保書上之本人資料轉送產、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。</p> <p>3. 本人(被保險人)同意富邦人壽得蒐集、處理及利用本人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。</p> <p>■繳費方式 <input type="checkbox"/>現金轉匯款 <input checked="" type="checkbox"/>信用卡繳費(指定信用卡號碼： (請另行檢附信用卡自行繳費付款授權書)</p> <p>■是否已收訖本要保書投保之各項保險契約條款樣本或說明書，「要保書填寫說明」，且業務人員已提供並說明「富邦人壽保險股份有限公司履行個人資料保護法告知說明書」內容。.....<input checked="" type="checkbox"/>是</p> <p>申請電子保險費收據(限繳費方式為「信用卡繳費」者勾選)，請提供 E-Mail：<b>abc123456@fubon.com</b> 註：未提供 E-Mail 或郵件寄發失敗者，本公司將以實體為紙本方式寄送，不再另行通知。</p>		
要保人簽名/要保單位蓋章 Signature of Applicant <b>王大明</b>	被保險人代表簽名 Signature of the Insured <b>王小可</b>	法定代理人簽名 Signature of Legal representative <b>王大明</b> 業務人員簽名(Witness) <b>金大富</b> 單位(Unit) <b>TP101</b> 登錄字號 <b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</b> 手機號碼(Cell Phone) <b>0910-000-XXX</b>

費率別：  
個人費率  
旅行社費率

第○聯：由○○○收執

### 被保險人名冊 Insured List (同一被保險人不得重複填寫，若投保人數逾本表所列時，請另填旅行平安保險被保險人名冊) 單位：新台幣 NT\$

身分證或護照號碼 ID.No./Passport No.	被保險人簽名 Signature of the Insured	出生年月日 Birthday	國籍 Citizenship	保險內容(註1)				保險費 Premium
				保險商品	ADD	MR	OHS1 適用OTA1 OHS 適用OTA	
<b>A2222XXXX6</b>	<b>王小可</b>	<b>100/6/8</b>	<b>台灣</b>	未滿15歲 <input type="checkbox"/> TA <input checked="" type="checkbox"/> OTA1 200 萬元 滿15歲 <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> OTA1 萬元	萬元	萬元	<input checked="" type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% (請擇一勾選)	<b>162</b> 元
身故保險金受益人資料(註2)				1. 受益人請填寫親屬或法定繼承人(請勿空白)，二人以上時，請註明保險金分配方式！ 2. 被保險人若為外籍人士，受益人請填寫親屬，請勿空白亦不得填寫法定繼承人！				電話 身故保險金分配方式 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例
<b>A2222XXXX8</b>	<b>王小愛</b>	<b>103/8/9</b>	<b>台灣</b>	未滿15歲 <input type="checkbox"/> TA <input checked="" type="checkbox"/> OTA1 200 萬元 滿15歲 <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> OTA1 萬元	萬元	萬元	<input checked="" type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% (請擇一勾選)	<b>162</b> 元
身故保險金受益人資料(註2)				被保人未滿15歲時，投保OTA/OTA1請勾選10%或30%！				電話 身故保險金分配方式 <input checked="" type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例
	<b>王大明</b>	<b>父女</b>	<b>106 台北市敦化南路一段 XX 號 XX 樓</b>	<b>(02) 2176-5XXX</b>				<input checked="" type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例
	<b>陳小花</b>	<b>母女</b>	<b>110 台北市東興路 XX 號 XX 樓</b>	<b>0910-110-XXX</b>				<input checked="" type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例

註1：險種英文簡稱說明：ADD【富邦人壽旅行平安保險】、MR【富邦人壽旅行平安保險傷害醫療保險附約】、OHS【富邦人壽旅行平安保險海外疾病醫療健康保險附加條款】及OHS1【富邦人壽旅行平安保險海外突發疾病醫療健康保險附加條款】；OTA為ADD、MR及OHS險種之套裝組合(MR每次實支實付傷害醫療保險金額、OHS給付限額為ADD保險金額的10%或30%)；OTA1為ADD、MR及OHS1險種之套裝組合(MR每次實支實付傷害醫療保險金額、OHS1海外突發疾病醫療健康保險金額為ADD保險金額的10%或30%)；TA為ADD及MR險種之組合。

註2：本人(要保人)已知悉「身故保險金受益人」如係身分別之指定(如：法定繼承人)，及本人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以本人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。【受益人若二人以上時，請註明保險金給付方式為均分或按填寫順位或比例，若未註明則以均分方式處理；身故保險金受益人經指定為法定繼承人者，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定。】

註3：同一被保險人同一行程，其投保【富邦人壽旅行平安保險】保險金額總計應符合各年齡投保保險金額上限規定；各險種保險金額超過最高上限限額部分，富邦人壽不予承保且自始不發生效力，並無息退還溢收之保費。

註4：被保險人非因約定之保險事故身故致保險契約效力終止時，若有已繳付而尚未到期之保險費者，富邦人壽應按天數保費差額退還要保人。

保險公司 受理審核欄	現金轉匯款報備專線：0809000666 報備方式： <input type="checkbox"/> 語音 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> 行動辦公室 報備時間： 年 月 日 時 分	助理受理 Reception (請打上受理時間)	審核 Underwriting
---------------	---	-----------------------------	-----------------

文號：96.08.31 安復精字第 96071 號函備查

105.10.05 富壽團險字第 1050003105 號函備查

※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，應由富邦人壽及負責人依法負責。

※投保後解約可能不利消費者，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。

※富邦人壽公開資訊，歡迎至 www.fubon.com 網站上的資訊公開專區查詢；書面資料可至富邦人壽全省總分支機構索取。

※富邦人壽免費服務專線：0809-000-550

保單號碼：9101-

繳費方式如為信用卡繳費，保單號碼請勿填寫

要保人身分證號碼 / 護照號碼 / 統一編號：	要保人/單位 Applicant	等	人(詳被保險人名冊)	要保人與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 員工或成員 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 學校或學生
地址 Address	國籍 Citizenship	電話 Tel			
保險期間：自民國 年 月 日 時 分起共計 天(一日以 24 小時計算)	申請日期： 年 月 日 午 時 分				
旅行地點 Visiting Place	投保總人數： 人	ADD 總投保保險金額： 萬元	保險費共計： Premium \$		
就本次旅程，被保險人是否已投保其它旅行平安保險？ 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> ，保險公司名稱/保險金額： No Yes Insurance Co. Insurance Amt.					
<p>■要保人與被保險人聲明事項：</p> <p>1. 本人(被保險人)同意富邦人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。</p> <p>2. 本人(被保險人、要保人)同意富邦人壽將本要保書上載本人資料轉送產、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。</p> <p>3. 本人(被保險人、要保人)同意富邦人壽就本人之個人資料，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。</p>					
<p>■繳費方式</p> <input type="checkbox"/> 現金轉匯款 <input type="checkbox"/> 信用卡繳費(指定回覆傳真號碼： (請另行檢附信用卡/自行繳費付款授權書)		<p>■是否已收訖本要保書投保之各項保險契約條款樣本或影本及已審閱「投保人須知」、「要保書填寫說明」，且業務人員已提供並說明「富邦人壽保險股份有限公司履行個人資料保護法告知說明書」內容。..... <input type="checkbox"/> 是</p>			
<input type="checkbox"/> 申請電子保險費收據(限繳費方式為「信用卡繳費」者勾選)，請提供 E-Mail： 註：未提供 E-Mail 或郵件寄發失敗者，本公司將以實體為紙本方式寄送，不再另行通知。					
要保人簽名/要保單位蓋章 Signature of Applicant	被保險人代表簽名 Signature of the Insured	法定代理人簽名 Signature of Legal representative	業務人員簽名(Witness)		
		單位(Unit)		登錄字號	
		要/被保人未滿法定年齡二十歲者應由法定代理人親自簽名同意(但已婚者，不在此限)		手機號碼(Cell Phone)	

費率別：  
 個人費率  
 旅行社費率

第一聯：由保險公司收執

**被保險人名冊 Insured List (同一被保險人不得重覆填寫，若投保人數逾本表所列時，請另填旅行平安保險被保險人名冊)** 單位：新台幣 NT\$

身分證或護照號碼 ID.No./Passport No.	被保險人簽名 Signature of the Insured	出生年月日 Birthday	國籍 Citizenship	保險內容(註1)				保險費 Premium		
				保險商品	ADD	MR	OHS1 適用 OTA1		OHS 適用 OTA	
1				未滿 15 足歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	-	-	元
				<input type="checkbox"/> OTA1	萬元		<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30%			
				<input type="checkbox"/> OTA	萬元		(請擇一勾選)			
				滿 15 足歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	-	-	
2				<input type="checkbox"/> OTA1	萬元		<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30%		元	
				<input type="checkbox"/> OTA	萬元		(請擇一勾選)			
				滿 15 足歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	-		-
				<input type="checkbox"/> OTA1	萬元		10%			

註1：險種英文簡稱說明：ADD【富邦人壽旅行平安保險】、MR【富邦人壽旅行平安保險傷害醫療保險附約】、OHS【富邦人壽旅行平安保險海外疾病醫療健康保險附加條款】及 OHS1【富邦人壽旅行平安保險海外突發疾病醫療健康保險附加條款】；OTA 為 ADD、MR 及 OHS 險種之套裝組合 (MR 每次實支實付傷害醫療保險限額、OHS 給付限額為 ADD 保險金額的 10% 或 30%)；OTA1 為 ADD、MR 及 OHS1 險種之套裝組合 (MR 每次實支實付傷害醫療保險限額、OHS1 海外突發疾病醫療健康保險金額為 ADD 保險金額的 10% 或 30%)；TA 為 ADD 及 MR 險種之組合。

註2：本人(要保人)已知悉「身故保險金受益人」如係身分別之指定(如：法定繼承人)及本人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以本人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。【受益人若二人以上時，請註明保險金給付方式為均分或按填寫順位或比例，若未註明則以均分方式處理；身故保險金受益人經指定為法定繼承人者，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定。】

註3：同一被保險人同一行程，其投保【富邦人壽旅行平安保險】保險金額總計應符合各年齡投保保險金額上限規定；各險種保險金額超過最高上限限額部分，富邦人壽不予承保且自始不發生效力，並無息退還溢收之保費。

註4：被保險人非因約定之保險事故身故致保險契約效力終止時，若有已繳付而尚未到期之保險費者，富邦人壽應按天數保費差額退還要保人。

保險公司受理審核欄	現金轉匯款報備專線：0809000666 報備方式： <input type="checkbox"/> 語音 <input type="checkbox"/> 傳真 報備時間： 年 月 日 時 分	行動辦公室	助理受理 Reception (請打上受理時間)	審核 Underwriting
-----------	--	-------	-----------------------------	-----------------

文號：96.08.31 安復精字第 96071 號函備查

105.10.05 富壽團險字第 1050003105 號函備查

※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，應由富邦人壽及負責人依法負責。

※投保後解約可能不利消費者，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。

※富邦人壽公開資訊，歡迎至 www.fubon.com 網站上的資訊公開專區查詢；書面資料可至富邦人壽全省總分支機構索取。

※富邦人壽免費服務專線：0809-000-550

保單號碼：9101-

繳費方式如為信用卡繳費，保單號碼請勿填寫

要保人身分證號碼 /護照號碼 /統一編號：	要保人/單位 Applicant	等 人(詳被保險人名冊)	要保人與被 保險人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 員工或成員 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 學校或學生
地址 Address	國籍 Citizenship	電話 Tel		
保險期間：自民國____年____月____日____時____分起共計____天(一日以24小時計算) Insured Period (Year) (Month) (Date) (Time) (Minutes) Total Days	申請日期：____年____月____日____午____時____分 Application Date		保險費共計： Premium \$	
旅行地點 Visiting Place	投保總人數：____人 Total of Insured	ADD 總投保保險金額：____萬元 Total Insurance Amt.	就本次旅程，被保險人是否已投保其它旅行平安保險？ Do you have other Travel Accident Insurance for this trip? 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> ，保險公司名稱/保險金額： No Yes Insurance Co. Insurance Amt. _____	
<p>■要保人與被保險人聲明事項：</p> <p>1. 本人(被保險人)同意富邦人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。</p> <p>2. 本人(被保險人、要保人)同意富邦人壽將本要保書上載本人資料轉送產、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。</p> <p>3. 本人(被保險人、要保人)同意富邦人壽就本人之個人資料，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。</p>				
<p>■繳費方式</p> <input type="checkbox"/> 現金轉匯款 <input type="checkbox"/> 信用卡繳費(指定回覆傳真號碼： (請另行檢附信用卡/自行繳費付款授權書)		<p>■是否已收訖本要保書投保之各項保險契約條款樣本或影本及已審閱「投保人須知」、「要保書填寫說明」，且業務人員已提供並說明「富邦人壽保險股份有限公司履行個人資料保護法告知說明書」內容。..... <input type="checkbox"/> 是</p>		
<input type="checkbox"/> 申請電子保險費收據(限繳費方式為「信用卡繳費」者勾選)，請提供 E-Mail：_____ 註：未提供 E-Mail 或郵件寄發失敗者，本公司將以實體為紙本方式寄送，不再另行通知。				
要保人簽名/要保單位蓋章 Signature of Applicant	被保險人代表簽名 Signature of the Insured	法定代理人簽名 Signature of Legal representative	業務人員簽名(Witness) 單位(Unit) 登錄字號 _____ 手機號碼(Cell Phone)	

費率別：  
個人費率  
旅行社費率

第二聯：由保戶收執

**被保險人名冊 Insured List (同一被保險人不得重覆填寫，若投保人數逾本表所列時，請另填旅行平安保險被保險人名冊)** 單位：新台幣 NTS

身分證或護照號碼 ID.No./Passport No.	被保險人簽名 Signature of the Insured	出生年月日 Birthday	國籍 Citizenship	保險內容(註1) (未滿15歲投保TA時，MR保險金額最高為ADD保險金額30%；投保OTA1或OTA時，MR及OHS/OHS1保險金額為ADD保險金額的10%或30%)					保險費 Premium	
				保險商品	ADD	MR	OHS1 適用 OTA1	OHS 適用 OTA		
1				未滿15歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	-	-	元
					<input type="checkbox"/> OTA1	萬元	<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% (請擇一勾選)			
					<input type="checkbox"/> OTA	萬元				
				滿15歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	-	-	
				<input type="checkbox"/> OTA1	萬元	10%			元	
身故保險金受益人資料(註2)										
姓名	身分證號碼/護照號碼/統一編號	與被保險人關係	聯絡地址	電話	身故保險金分配方式					
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例					
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例					
2				未滿15歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	-	-	元
					<input type="checkbox"/> OTA1	萬元	<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% (請擇一勾選)			
					<input type="checkbox"/> OTA	萬元				
				滿15歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	-	-	
				<input type="checkbox"/> OTA1	萬元	10%			元	
身故保險金受益人資料(註2)										
姓名	身分證號碼/護照號碼/統一編號	與被保險人關係	聯絡地址	電話	身故保險金分配方式					
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例					
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例					

註1：險種英文簡稱說明：ADD【富邦人壽旅行平安保險】、MR【富邦人壽旅行平安保險傷害醫療保險附約】、OHS【富邦人壽旅行平安保險海外疾病醫療健康保險附加條款】及OHS1【富邦人壽旅行平安保險海外突發疾病醫療健康保險附加條款】；OTA為ADD、MR及OHS險種之套裝組合(MR每次實支實付傷害醫療保險金額、OHS給付限額為ADD保險金額的10%或30%)；OTA1為ADD、MR及OHS1險種之套裝組合(MR每次實支實付傷害醫療保險金額、OHS1海外突發疾病醫療健康保險金額為ADD保險金額的10%或30%)；TA為ADD及MR險種之組合。

註2：本人(要保人)已知悉「身故保險金受益人」如係身分之指定(如：法定繼承人)，及本人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以本人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。【受益人若二人以上時，請註明保險金給付方式為均分或按填寫順位或比例，若未註明則以均分方式處理；身故保險金受益人經指定為法定繼承人者，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定。】

註3：同一被保險人同一行程，其投保【富邦人壽旅行平安保險】保險金額總計應符合各年齡投保保險金額上限規定；各險種保險金額超過最高上限限額部分，富邦人壽不予承保且自始不發生效力，並無息退還溢收之保費。

註4：被保險人非因約定之保險事故身故致保險契約效力終止時，若有已繳付而尚未到期之保險費者，富邦人壽應按天數保費差額退還要保人。

保險公司 受理審核欄	現金轉匯款報備專線：0809000666 報備方式： <input type="checkbox"/> 語音 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> 行動辦公室 報備時間：____年____月____日____時____分	助理受理 Reception (請打上受理時間)	審核 Underwriting
---------------	--	-----------------------------	-----------------

文號：96.08.31 安俊精字第 96071 號函備查

105.10.05 富壽團險字第 1050003105 號函備查

※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，應由富邦人壽及負責人依法負責。

※投保後解約可能不利消費者，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。

※富邦人壽公開資訊，歡迎至 www.fubon.com 網站上的資訊公開專區查詢；書面資料可至富邦人壽全省總分支機構索取。

※富邦人壽免費服務專線：0809-000-550

保單號碼：9101-

繳費方式如為信用卡繳費，保單號碼請勿填寫

要保人身分證號碼 /護照號碼 /統一編號：	要保人/單位 Applicant	等 人(詳被保險人名冊)	要保人與被 保險人關係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 員工或成員 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 學校或學生
地址 Address	國籍 Citizenship	電話 Tel	

保險期間：自民國____年____月____日____時____分起共計____天(一日以24小時計算) Insured Period (Year) (Month) (Date) (Time) (Minutes) Total Days	申請日期：____年____月____日____午____時____分 Application Date
--	---

旅行地點 Visiting Place	投保總人數：____人 Total of Insured	ADD 總投保保險金額：____萬元 Total Insurance Amt.	保險費共計： Premium \$
------------------------	---------------------------------	--	----------------------

就本次旅程，被保險人是否已投保其它旅行平安保險？ 否  是 ，保險公司名稱/保險金額：  
Do you have other Travel Accident Insurance for this trip? No Yes Insurance Co. Insurance Amt. \_\_\_\_\_

■要保人與被保險人聲明事項：  
1. 本人(被保險人)同意富邦人壽得蒐集、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)同意富邦人壽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)同意富邦人壽就本人之個人資料，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。

繳費方式 <input type="checkbox"/> 現金轉匯款 <input type="checkbox"/> 信用卡繳費(指定回覆傳真號碼： (請另行檢附信用卡/自行繳費付款授權書)	■是否已收訖本要保書投保之各項保險契約條款樣本或影本及已審閱「投保人須知」、「要保書填寫說明」，且業務人員已提供並說明「富邦人壽保險股份有限公司履行個人資料保護法告知說明書」內容。…………… <input type="checkbox"/> 是
--	--

申請電子保險費收據(限繳費方式為「信用卡繳費」者勾選)，請提供 E-Mail：\_\_\_\_\_  
註：未提供 E-Mail 或郵件寄發失敗者，本公司將以實體為紙本方式寄送，不再另行通知。

要保人簽名/要保單位蓋章 Signature of Applicant	被保險人代表簽名 Signature of the Insured	法定代理人簽名 Signature of Legal representative	業務人員簽名(Witness) 單位(Unit) 登錄字號 _____ 手機號碼(Cell Phone) _____
--	--------------------------------------	--	---

要/被保人未滿法定年齡二十歲者應由法定代理人親自簽名同意(但已婚者，不在此限)

被保險人名冊 Insured List (同一被保險人不得重覆填寫，若投保人數逾本表所列時，請另填旅行平安保險被保險人名冊) 單位：新台幣 NT\$

身分證或護照號碼 ID. No./Passport No.	被保險人簽名 Signature of the Insured	出生年月日 Birthday	國籍 Citizenship	保險內容(註1)				保險費 Premium		
				保險商品	ADD	MR	OHS1 透明 OTA		OHS 透明 OTA	
1				未滿15足歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	—	—	元
				15足歲	<input type="checkbox"/> OTA1	萬元	<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% (請擇一勾選)		元	
				15足歲	<input type="checkbox"/> OTA	萬元	10%			
				滿15足歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	—	—	

身故保險金受益人資料(註2)					
姓名	身分證號碼/護照號碼/統一編號	與被保險人關係	聯絡地址	電話	身故保險金分配方式
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例

身分證或護照號碼 ID. No./Passport No.	被保險人簽名 Signature of the Insured	出生年月日 Birthday	國籍 Citizenship	保險內容(註1)				保險費 Premium		
				保險商品	ADD	MR	OHS1 透明 OTA		OHS 透明 OTA	
2				未滿15足歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	—	—	元
				15足歲	<input type="checkbox"/> OTA1	萬元	<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% (請擇一勾選)		元	
				15足歲	<input type="checkbox"/> OTA	萬元	10%			
				滿15足歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	—	—	

身故保險金受益人資料(註2)					
姓名	身分證號碼/護照號碼/統一編號	與被保險人關係	聯絡地址	電話	身故保險金分配方式
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例

註1：險種英文簡稱說明：ADD【富邦人壽旅行平安保險】、MR【富邦人壽旅行平安保險傷害醫療保險附約】、OHS【富邦人壽旅行平安保險海外疾病醫療健康保險附加條款】及 OHS1【富邦人壽旅行平安保險海外突發疾病醫療健康保險附加條款】；OTA為 ADD、MR 及 OHS 險種之套裝組合(MR 每次實支實付傷害醫療保險金額、OHS 給付限額為 ADD 保險金額的10%或30%)；OTA1為 ADD、MR 及 OHS1 險種之套裝組合(MR 每次實支實付傷害醫療保險金額、OHS1 海外突發疾病醫療健康保險金額為 ADD 保險金額的10%或30%)；TA 為 ADD 及 MR 險種之組合。

註2：本人(要保人)已知悉「身故保險金受益人」如係身分之指定(如：法定繼承人)，及本人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以本人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。【受益人若二人以上時，請註明保險金給付方式為均分或按填寫順位或比例，若未註明則以均分方式處理；身故保險金受益人經指定為法定繼承人者，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定。】

註3：同一被保險人同一行程，其投保【富邦人壽旅行平安保險】保險金額總計應符合各年齡投保保險金額上限規定；各險種保險金額超過最高上限限額部分，富邦人壽不予承保且自始不發生效力，並無息退還溢收之保費。

註4：被保險人非因約定之保險事故身故致保險契約效力終止時，若有已繳付而尚未到期之保險費者，富邦人壽應按天數保費差額退還要保人。

保險公司 受理審核欄	現金轉匯款報備專線：0809000666 報備方式： <input type="checkbox"/> 語音 <input type="checkbox"/> 傳真 報備時間：____年____月____日____時____分	行動辦公室 <input type="checkbox"/>	助理受理 Reception (請打上受理時間)	審核 Underwriting
---------------	---	-----------------------------------	-----------------------------	-----------------



# 富邦人壽保險股份有限公司履行個人資料保護法告知說明書

## (旅平險適用)

富邦人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

### 一、蒐集之目的：

- (一)人身保險(001)
- (二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)

### 二、蒐集個人資料之類別：

- (一)姓名。
- (二)身分證統一編號。
- (三)地址。
- (四)要保書、要保文件等其他基於保險契約所提供之個人資料。

### 三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)：要保人/單位。

### 四、個人資料利用之期間、地區、對象及方式：

- (一)期間：因執行業務所必須及依法令規定要求之期間。
- (二)對象：本公司、本公司的委外服務或委外業務之廠商、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
- (三)地區：上述對象所在之地區。
- (四)方式：合於法令規定之利用方式。

### 五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：

- (一)得向本公司行使之權利：
  - 1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
  - 2.向本公司請求補充或更正。
  - 3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二)行使權利之方式：  
您可以透過書面(包含電子郵件、傳真、電子文件)或致電本公司客戶服務專線(電話：0809-000-550)之方式行使權利。

### 六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法承保。

## 旅行平安保險被保險人名冊 Insured List

註1：險種英文簡稱說明：ADD【富邦人壽旅行平安保險】、MR【富邦人壽旅行平安保險傷害醫療保險附約】、OHS【富邦人壽旅行平安保險海外疾病醫療健康保險附加條款】及OHS1【富邦人壽旅行平安保險海外突發疾病醫療健康保險附加條款】；OTA為ADD、MR及OHS險種之套裝組合（MR每次實支實付傷害醫療保險金額、OHS給付限額為ADD保險金額的10%或30%）；OTA1為ADD、MR及OHS1險種之套裝組合（MR每次實支實付傷害醫療保險金額、OHS1海外突發疾病醫療健康保險金額為ADD保險金額的10%或30%）；TA為ADD及MR險種之組合。  
 註2：本人（要保人）已知悉「身故保險金受益人」如係身分別之指定（如：法定繼承人），及本人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以本人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。【受益人若二人以上時，請註明保險金給付方式為均分或按填寫順位或比例，若未註明則以均分方式處理；身故保險金受益人經指定為法定繼承人者，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定。】  
 註3：同一被保險人同一行程，其投保【富邦人壽旅行平安保險】保險金額總計應符合各年齡投保保險金額上限規定；各險種保險金額超過最高上限限額部分，富邦人壽不予承保且自始不發生效力，並無息退還溢收之保費。  
 註4：被保險人非因約定之保險事故身故致保險契約效力終止時，若有已繳付而尚未到期之保險費者，富邦人壽應按天數保費差額退還要保人。

單位：新台幣 NT\$

身分證或護照號碼 ID.No./Passport No.	被保險人簽名 Signature of the Insured	出生年月日 Birthday	國籍 Citizenship	保險內容(註1)					保險費 Premium	
				(未滿15足歲投保TA時，MR保險金額最高為ADD保險金額30%；投保OTA1或OTA時，MR及OHS/OHS1保險金額為ADD保險金額的10%或30%)						
				保險商品	ADD	MR	OHS1 適用OTA1	OHS 適用OTA		
1				未滿15足歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	—	—	元
					<input type="checkbox"/> OTA1	萬元		<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% (請擇一勾選)		
					<input type="checkbox"/> OTA					
	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	—	—	元				
	<input type="checkbox"/> OTA1	萬元		10%						
	<input type="checkbox"/> OTA									
身故保險金受益人資料(註2)										
姓名	身分證號碼/護照號碼/統一編號	與被保險人關係	聯絡地址		電話	身故保險金分配方式				
						<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例				
						<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例				
2				未滿15足歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	—	—	元
					<input type="checkbox"/> OTA1	萬元		<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% (請擇一勾選)		
					<input type="checkbox"/> OTA					
	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	—	—	元				
	<input type="checkbox"/> OTA1	萬元		10%						
	<input type="checkbox"/> OTA									
身故保險金受益人資料(註2)										
姓名	身分證號碼/護照號碼/統一編號	與被保險人關係	聯絡地址		電話	身故保險金分配方式				
						<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例				
						<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例				
3				未滿15足歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	—	—	元
					<input type="checkbox"/> OTA1	萬元		<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% (請擇一勾選)		
					<input type="checkbox"/> OTA					
	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	—	—	元				
	<input type="checkbox"/> OTA1	萬元		10%						
	<input type="checkbox"/> OTA									
身故保險金受益人資料(註2)										
姓名	身分證號碼/護照號碼/統一編號	與被保險人關係	聯絡地址		電話	身故保險金分配方式				
						<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例				
						<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例				
4				未滿15足歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	—	—	元
					<input type="checkbox"/> OTA1	萬元		<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% (請擇一勾選)		
					<input type="checkbox"/> OTA					
	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	—	—	元				
	<input type="checkbox"/> OTA1	萬元		10%						
	<input type="checkbox"/> OTA									
身故保險金受益人資料(註2)										
姓名	身分證號碼/護照號碼/統一編號	與被保險人關係	聯絡地址		電話	身故保險金分配方式				
						<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例				
						<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例				

- (1) 未滿15足歲被保險人（保險金額上限200萬元，同一公司累計合併產、壽險同業累計保險金額上限1,000萬元）共\_\_\_\_\_人
- (2) 15足歲（含）以上~19足歲被保險人（保險金額上限600萬元）共\_\_\_\_\_人
- (3) 20足歲（含）以上~65足歲被保險人（保險金額上限2,000萬元）共\_\_\_\_\_人
- (4) 66足歲（含）以上~75足歲被保險人（保險金額上限500萬元）共\_\_\_\_\_人
- (5) 76足歲（含）以上~80足歲被保險人（保險金額上限300萬元）共\_\_\_\_\_人
- (6) 81足歲（含）以上被保險人（保險金額上限100萬元）共\_\_\_\_\_人
- 被保險人人數總計共\_\_\_\_\_人

## 旅行平安保險(TA)業務人員報告書

業務員於招攬保單時，應確認要保人與被保險人及被保險人與受益人之關係、了解要保人與被保險人之投保目的、需求及財務狀況並考量保單適合度、保險費、保險金額與保障需求間之適當性，不得僅以理財、節稅作為招攬之主要訴求。

### 壹、填寫說明

保單號碼：

投保狀況及方式	定義	填寫說明
1、TA 個人件	指要保人為自然人且被保險人≤4 人者。	每次投保時，每位要/被保險人均需填寫。
2、TA 集體彙繳件	指要保人為自然人且被保險人≥5 人者。	每次投保時 1. 保險金額 200 萬元(含)以下者，以第一位要/被保險人為主填寫一份。 2. 保險金額 200 萬元以上者，每位要/被保險人均需填寫。
3、TA Call in 件	Call in 電話投保者。	招攬TA Call in 合約時，每位要/被保險人均需填寫。
4、TA 團體件	指要保人為法人(即公司行號、各級政府機關、學校團體及配合運動賽事等特定活動等者)。	每次投保時以要保人為主，填寫一份。
5、TA 記帳合約件	簽訂記帳合約且非團保件(RC 或 CB)保戶者。	招攬記帳合約時以要保人為主，填寫一份。

貳、要保人為自然人：要保人姓名：\_\_\_\_\_等\_\_\_\_人 (第參點請確認第一區項目即可)

要保人為法人：要保單位名稱：\_\_\_\_\_ (第參點請確認第二區項目即可)

### 參、招攬時確認事項：

確認事項	自然人 (第一區)					法人 (第二區)
1、要、被保險人姓名：	甲：_____	乙：_____	丙：_____	丁：_____	戊：_____	同第貳點要保單位名稱
2、招攬經過：本契約是經由(可複選)	<input type="checkbox"/> 1. 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 2. 原已相識(本人及家屬) <input type="checkbox"/> 3. 朋友/保戶介紹 <input type="checkbox"/> 4. 要保人主動要求 <input type="checkbox"/> 5. 被保險人主動要求 <input type="checkbox"/> 6. 其他，請說明招攬經過：_____					
3、要、被保險人投保目的：	<input type="checkbox"/> 旅遊活動 <input type="checkbox"/> 商務差旅 <input type="checkbox"/> 其他_____					
4、要、被保險人財務狀況，個人或家庭年收入： *要、被保險人為已婚者，請填寫夫妻雙方年收入總和。 *要、被保險人為未成年或學生時，請填寫父母年收入總和或法定代理人年收入。 *要保人為法人時，請填近三年之平均營業額。 *要保人如為非營利團體者，如政府機構、學校、協會、基金會等免填。	年收入新臺幣 _____萬元	年收入新臺幣 _____萬元	年收入新臺幣 _____萬元	年收入新臺幣 _____萬元	年收入新臺幣 _____萬元	近三年平均營業額，新臺幣： _____萬元
5、家中主要經濟來源者：(可複選)	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
6、身故保險金受益人是否指定為配偶、直系親屬、或指定為法定繼承人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否？ 若否，請說明原因：	_____					
7、要、被保險人是否投保其他商業保險： <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 是，請填寫保險公司名稱/保險金額：	_____					
8、已充分瞭解要保人(單位)及被保險人符合投保之條件。						
9、本保單之規劃，已確實瞭解要保人(單位)及被保險人之投保目的、保險需求，且綜合考量保戶之財務狀況以及付費能力，分析與評估其保額及保障需求間之相當性(適合度)。						
10、已充分瞭解要保人(單位)與被保險人之基本資料(包含姓名、性別、生日、ID、聯絡方式；若為法人，為法人名稱、代表人、地址、聯絡電話)及關係、被保險人與受益人之關係。						
11、已確認要保人(單位)、被保險人及受益人身份。有關要保人(單位)與被保險人所提供之身分證明文件(身分證、護照、駕照，或其他足實證明其身分之文件等)與要保書填載之內容相符。						
12、已親晤要/被保險人，並確認此文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤。						
13、已確認要保人(單位)已確實瞭解其所繳交保險費係用以購買保險商品。						

本人已詳細審核要保資料與本報告書。

本人在此聲明同意：本保單倘發生短繳逾照會期限仍未補費時，本人經攬之旅行平安保險保單佣金暫不予發放，直至短繳保費補齊後再發放

業務人員簽名：(執業之保險經紀人或保險代理人為業務招攬時，請於業務人員欄簽名)	業務人員單位代號：
	業務人員登錄字號：
保代/保經簽署章：	業務人員聯絡電話(行動電話)：
	填寫日期：民國_____年_____月_____日

受理欄：	單位助理要保文件審核項目		單位助理受理欄
審核欄：	1. 簽名遺漏。	<input type="checkbox"/> 是	
	2. 簽名雷同或錯誤。	<input type="checkbox"/> 是	
	3. 要保文件塗改未簽名。	<input type="checkbox"/> 是	
	4. 業務人員已知須照會補全。	<input type="checkbox"/> 是	
(上述未勾選，表示均正確。)			

## 信用卡/自行繳費付款授權書

填寫日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(旅行平安險 TA 專用)

1. 授權人茲授權富邦人壽得自授權人指定之信用卡進行請款作業，以支付授權書內所載保單號碼之保險費予富邦人壽。
2. 授權人限要、被保險人本人及其配偶，及與被保險人本人二親等內之親屬(不含姻親)關係之人。授權人於授權後如喪失得為授權人之身分，本授權書效力不受影響，如欲終止授權，應另以書面申請。

保單資料欄	保單號碼 (本欄由富邦人壽填寫)	要保人簽名/要保單位名稱	要/被保險人與授權人關係 (請就以下項目擇一填寫)																																												
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 祖孫																																												
授權人資料欄	戶名：_____		身分證號碼：		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																																										
	出生日期：_____																																														
	行動電話：_____		電話：(____)_____																																												
E-Mail：_____																																															
信用卡付款	信用卡付款 (限 VISA、MASTER、JCB、聯合信用卡、美國運通AE卡)																																														
	發卡機構：_____銀行		有效期限至西元_____年_____月																																												
	卡號：																																														
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											-	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											-	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											-	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
◎當月應繳之信用卡消費金額(含本授權書之扣繳應付金額)，授權人知悉並應遵守與發卡銀行之約定，於當期信用卡繳款截止日前繳清，以避免逾期未繳清而衍生循環利息等責任。 <b style="color: red;">授權人請同時參閱並同意背面之約定事項</b>																																															
簽名：_____ (簽名式樣須與信用卡一致)																																															
保險公司/保經代專用欄																																															
業務員資料	姓名		簽署人章	助理受理	審核																																										
	登錄證號碼																																														
	單位代碼																																														
	手機號碼																																														

## 【約定事項】

### 一、定義

- 1、「信用卡代繳」：以下簡稱「信用卡」，係指富邦人壽保險股份有限公司（以下簡稱本公司）指定之信用卡類別，其持卡人同意信用卡發卡機構（以下簡稱金融機構），自信用卡帳戶按期墊付本授權書所指定保險契約應繳之保險費予本公司。
- 2、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。

### 二、授權之效力

- 1、本授權書因內容填寫不全、錯誤或其他原因致「金融機構」無法辦理付款時，本授權書不生效力，但其情形得予補正者，不在此限。
- 2、本授權書上所載之資料，如因填寫錯誤致該部分授權不生效力，或嗣後因契約變更或其他原因而終止該部分授權者，對於其他保單之授權內容及效力，不生影響。
- 3、本授權書授權繳交保險費者，應連同要保書一併交予本公司，該要保書經本公司同意承保，並確定自「金融機構」受領保險費時始生效力。若保險費遭指定「金融機構」拒付且經本公司通知後仍未於期限內繳付保險費者，該保險契約不生效力。
- 4、授權人指定之信用卡授權成功後，不因原始「金融機構」之簽名樣式變更而致使本授權書之授權失效。
- 5、若因不可歸責於本公司之原因致信用卡付款失敗者，本授權書之效力不受影響。本公司對到期未繳納之保險費仍有再次向「金融機構」請款之權利，但本公司得逕行停止向金融機構請款之作業。
- 6、保單之契約效力，應依其條款約定而認定，不因本授權書之授權效力而受影響。

### 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，授權人應主動通知本公司變更；前述通知應以書面為之；若本公司自行簽約之指定發卡機構遇下列情形則不在此限。如未通知變更而致遭「金融機構」拒絕給付保險費時，依本授權書及保單之相關規定處理。
  - 1.1 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，本約定書不因此而失其授權效力。
  - 1.2 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本公司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，而無須另行簽訂約定書。  
前述授權事項之異動內容自本公司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「金融機構」與本公司間之契約已終止，或因其他任何事由不同意授權人依本授權書之授權扣繳保費時，則該保單之收費方式將自動轉換為本公司指定之收費方式。

### 四、請款作業之處理

- 1、授權人以同一信用卡同時授權「金融機構」交付本公司兩件以上保單之保險費時，由「金融機構」衡量授權人之信用卡餘額與保險費狀況權衡處理扣款之優先順序。惟本公司僅接受單筆保險費全額代繳作業。
- 2、授權人以「信用卡」代繳保險費後，該筆保險費將併入當月份之信用卡消費明細中，授權人於收到當月份之繳款通知單後，應依發卡機構信用卡契約之約定全數繳納或繳納最低應繳付金額，未繳清之餘額則依信用卡約定條款之利率加計循環利息。各筆循環信用利息以各發卡機構約定條款之起息日計算。若授權人以新辦之富邦信用卡繳納保險費且於核發新卡次月內之開卡程序完成前，亦同。
- 3、授權人與「金融機構」之契約關係消滅或其他任何原因致「金融機構」未能付款予本公司時，授權人同意「金融機構」將未能付款原因通知本公司。
- 4、若因信用卡信用額度不足等之情事致「金融機構」無法完成信用卡繳付保險費予本公司時，要保人仍有義務自行繳納足額之保險費予本公司完成保險費之繳納義務。
- 5、授權人與「金融機構」之契約關係消滅或其他原因致「金融機構」未能付款予本公司，授權人負有通知應繳交保費之人主動向本公司繳交該期保險費之義務，授權人怠於履行本項義務，其所生之不利利益，要保人不得向本公司主張任何權利。
- 6、授權「信用卡」付款，若因其他原因致須退還其已繳納之保險費時，倘本公司已自「金融機構」請款成功者，本公司得逕行通知「金融機構」將應退金額認列至信用卡消費明細之負項金額。信用卡退款事宜，授權人應逕行向發卡機構請求撥付且不得要求本公司代為退付。

### 五、授權人與要保人之權利義務

- 1、授權人對應繳保險費計算、退補保險費或授權內容有所疑義，請自行洽詢本公司，概與「金融機構」無涉。
- 2、授權人若非要保人本人，雖與本公司無保險契約關係，但對本公司依授權書約定所扣得之應繳保險費，若有異議時除代收金額不符外，概由授權人負責，與本公司無涉。
- 3、授權人應確實填寫本授權書各項資料，如有冒用他人信用卡卡號使用者，須自負法律責任。

### 六、個人資料之蒐集、處理及利用告知事項：

本公司蒐集您的個人資料目的係為提供人身保險服務、辦理申訴、爭議處理及公司之內部及稽核業務，蒐集之資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求之期間內，僅以電子檔案或紙本形式於我國境內供本公司處理及利用。基於個人資料保護法之規定，授權人得行使查詢、閱覽、複製、補充更正、停止及刪除之權利。若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，基於健全人身保險業務之執行，本公司將無法提供您完善的人身保險服務。

### 七、本授權書條款如有未盡事宜，授權人與本公司逕依雙方之約定及本公司作業規定辦理。

## 富邦人壽旅行平安保險

### 【給付項目：意外身故保險金或喪葬費用保險金、意外殘廢保險金】

77.01.05 台財融第760790771號函核准	86.07.17 台財保第862397215號函修訂
77.08.07 台財保第872440208號函修訂	94.08.16 安耀精字第94052號函備查
95.03.13 安復精字第95008號函備查	96.08.31 安復精字第96036號函備查
98.04.27 金管保三字第09802546540號	99.02.04 富壽商品字第099021號函備查
85.09.10 台財保第852370068號函修訂	86.11.08 台保司(三)第861823881號函修訂
94.06.30 安耀精字第94038號函備查	95.01.06 金管保三字第09402133930號函
95.08.10 金管保二字第09502069411號函修訂	97.05.30 安復精字第97028號函備查
98.06.01 富壽商品字第098002號函備查	102.01.01 富壽商精字第1010003356號函備查
104.08.04 依104.05.19金管保壽字第10402543750號函修正	104.08.04 依104.06.24金管保壽字第10402049830號函修正
104.09.21富壽商精字第1040003244號函備查	105.08.15 富壽商精字第1050002431號函備查

免費申訴電話：0809-000550

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。

#### 【保險契約的構成】

第一條 本保險單條款、附著之要保書、批註及其他約定書，均為本保險契約（以下簡稱本契約）的構成部分。本契約的解釋，應探求契約當事人的真意，不得拘泥於所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為原則。

#### 【保險範圍】

第二條 被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致殘廢或死亡時，本公司依照本契約的約定，給付保險金。前項所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外來突發事故。

#### 【保險期間的始日與終日】

第三條 本契約的保險期間，以本契約保險單上所載日時為準。

#### 【保險期間的延長】

第四條 如被保險人以乘客身分搭乘領有載客執照之交通工具，該交通工具之預定抵達時刻係在本契約的保險期間內，因故延遲抵達而非被保險人所能控制者，本保險單自動延長有效期間至被保險人終止乘客身分時為止，但延長之期限不得超過二十四小時。前項被保險人以乘客身分搭乘領有載客執照之交通工具，因遭劫持，於劫持中本契約的保險期間如已終止，本保險單自動延長有效期間至劫持事故終了。劫持事故終了係指被保險人完全脫離被劫持的狀況。

#### 【身故保險金或喪葬費用保險金的給付】

第五條 被保險人於本契約有效期間內遭受第二條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內死亡者，本公司按保險金額給付身故保險金。但超過一百八十日死亡者，受益人若能證明被保險人之死亡與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。訂立本契約時，以未滿十五歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五歲之日起發生效力。訂立本契約時，以精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者為被保險人，其身故保險金變更為喪葬費用保險金。前項被保險人於民國九十九年二月三日（含）以後所投保之喪葬費用保險金額總和（不限本公司），不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。前項情形，如要保人向二家（含）以上保險公司投保，或向同一保險公司投保數個保險契約（附約），且其投保之喪葬費用保險金額合計超過前項所定之限額者，本公司於所承保之喪葬費用金額範圍內，依各要保書所載之要保時間先後，依約給付喪葬費用保險金至前項喪葬費用額度上限為止，如有二家以上保險公司之保險契約要保時間相同或無法區分其要保時間之先後者，各該保險公司應依其喪葬費用保險金額與扣除要保時間在先之保險公司應理賠之金額後所餘之限額比例分擔其責任。

#### 【殘廢保險金的給付】

第六條 被保險人於本契約有效期間內遭受第二條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內以內致成附表所列殘廢程度之一者，本公司給付殘廢保險金，其金額按該表所列之給付比例計算。但超過一百八十日致成殘廢者，受益人若能證明被保險人之殘廢與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。被保險人因同一意外傷害事故致成附表所列二項以上殘廢程度時，本公司給付各該項殘廢保險金之和，最高以保險金額為限。但不同殘廢項目屬於同一手或同一足時，僅給付一項殘廢保險金；若殘廢項目所屬殘廢等級不同時，給付較嚴重項目的殘廢保險金。被保險人因本次意外傷害事故所致之殘廢，如合併以前（含本契約訂立前）的殘廢，可領附表所列較嚴重項目的殘廢保險金者，本公司按較嚴重的項目給付殘廢保險金，但以前的殘廢，視同已給付殘廢保險金，應扣除之。前項情形，若被保險人扣除以前的殘廢後得領取之保險金低於單獨請領之金額者，不適用合併之約定。被保險人於本契約有效期間內因不同意外傷害事故申領殘廢保險金時，本公司累計給付金額最高以保險金額為限。

#### 【保險給付的限制】

第七條 被保險人於本契約有效期間內因同一意外傷害事故致成殘廢後身故，並符合本契約第五條及第六條約定之申領條件時，本公司之給付總金額合計最高以保險金額為限。前項情形，受益人已受領殘廢保險金者，本公司僅就保險金額與已受領金額間之差額負給付責任。被保險人於本契約有效期間內因不同意外傷害事故致成殘廢、身故時，受益人得依第五條及第六條之約定分別申領保險金，不適用第一項之約定。

定。

#### 【除外責任（原因）】

第八條 被保險人因下列原因致成死亡、殘廢或傷害時，本公司不負給付保險金的責任。

- 一、要保人、被保險人的故意行為。
  - 二、被保險人犯罪行為。
  - 三、被保險人飲酒後駕（騎）車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。
  - 四、戰爭（不論宣戰與否）、內亂及其他類似的武裝變亂。但契約另有約定者不在此限。
  - 五、非以乘客身分搭乘航空器具或搭乘非經當地政府登記許可之民用飛行客機者。但契約另有約定者，不在此限。
  - 六、因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。但契約另有約定者不在此限。
- 前項第一款情形（除被保險人的故意行為外），致被保險人傷害或殘廢時，本公司仍給付保險金。

#### 【不保事項】

第九條 被保險人從事下列活動，致成死亡、殘廢或傷害時，除契約另有約定外，本公司不負給付保險金的責任。

- 一、被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。
- 二、被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。

#### 【契約的無效及非因約定保險事故終止時的處理】

第十條 本契約訂立時，僅要保人知保險事故已發生者，契約無效。本公司不退還所收受之保險費。被保險人非因第二條約定意外傷害事故身故致本契約效力終止時，若有已繳付而尚未滿期之保險費者，本公司應按天數保費差額返還要保人。

#### 【告知義務與本契約的解除】

第十一條 要保人在訂立本契約時，對於本公司要保書書面詢問的告知事項應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得解除契約，其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。前項解除契約權，自本公司知有解除之原因後經過一個月不行使而消滅。

#### 【保險事故的通知與保險金的申請時間】

第十二條 被保險人於本契約有效期間內遭受第二條約定的意外傷害事故時，要保人、被保險人或受益人應於知悉意外傷害事故發生後十日內將事故狀況及被保險人的傷害程度，通知本公司。並於通知後儘速檢具所需文件向本公司申請給付保險金。本公司應於收齊前項文件後十五日內給付之。但因可歸責於本公司之事由致未在前述約定期限內為給付者，應按年利一分加計利息給付。

#### 【失蹤處理】

第十三條 被保險人在本契約有效期間內因第二條所約定的意外傷害事故失蹤，於戶籍資料所載失蹤之日起滿一年仍未尋獲，或要保人、受益人提出證明文件足以認為被保險人極可能因本契約所約定之意外傷害事故而死亡者，本公司按第五條約定先行給付身故保險金或喪葬費用保險金，但日後發現被保險人生還時，受益人應將該筆已領之身故保險金或喪葬費用保險金歸還本公司，其間有應繳而未繳之保險費者，於要保人一次清償後，本契約自原終止日繼續有效，本公司如有應行給付其他保險金情事者，仍依約給付。

#### 【身故保險金或喪葬費用保險金的申領】

第十四條 受益人申領「身故保險金或喪葬費用保險金」時應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、保險單或其謄本。
- 三、相驗屍體證明書或死亡診斷書；但必要時本公司得要求提供意外傷害事故證明文件。
- 四、被保險人除戶籍謄本。
- 五、受益人的身分證明。

#### 【殘廢保險金的申領】

第十五條 受益人申領「殘廢保險金」時應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、保險單或其謄本。
- 三、殘廢診斷書；但必要時本公司得要求提供意外傷害事故證明文件。
- 四、受益人之身分證明。

受益人申領殘廢保險金時，本公司得對被保險人的身體予以檢驗，必要時並得經受益人同意調閱被保險人之就醫相關資料，其費用由本公司負擔。

#### 【受益人的指定及變更】

第十六條 殘廢保險金的受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。倘被保險人身故前尚有未受領之保險金（不論已否申請），本公司將給付予身故受益人。

受益人之指定及變更，要保人得依下列約定辦理：  
 一、於訂立本契約時，經被保險人同意指定受益人。  
 二、於保險事故發生前經被保險人同意變更受益人，如要保人未將前述變更通知本公司者，不得對抗本公司。  
 前項受益人的變更，於要保人檢具申請書及被保險人的同意書送達本公司時，本公司應即予批註或發給批註書。  
 本公司為身故或殘廢給付時，應以受益人直接申領為限。  
 受益人同時或先於被保險人本人身故，除要保人已另行指定受益人，以被保險人之法定繼承人為本契約受益人。  
 前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。

**【受益人之受益權】**

第十七條 受益人故意致被保險人於死或雖未致死者，喪失其受益權。  
 前項情形，如因該受益人喪失受益權，而致無受益人受領保險金額時，其保險金額作為被保險人遺產。如有其他受益人者，喪失受益權之受益人原應得之部份，按其他受益人原約定比例分歸其他受益人。

**【時效】**

第十八條 由本契約所生的權利，自得為請求之日起，經過兩年不行使而消滅。

**【批註】**

第十九條 本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第十六條另有規定外，應經要保人與本公司雙方書面同意，並由本公司即予批註或發給批註書。

**【管轄法院】**

第二十條 因本契約涉訟者，同意以要保人住所地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所在中華民國境外時，以臺灣臺北地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

**附表 殘廢程度與保險金給付表**

項目	項次	殘廢程度	殘廢等級	給付比例	
1 神經	神經障害 (註1)	1-1-1	中樞神經系統機能遺存極度障害，包括植物人狀態或氣切呼吸器輔助，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助，經常需醫療護理或專人周密照護者。	1	100%
		1-1-2	中樞神經系統機能遺存高度障害，須長期臥床或無法自行翻身，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動之一部分須他人扶助者。	2	90%
		1-1-3	中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動尚可自理者。	3	80%
		1-1-4	中樞神經系統機能遺存障害，由醫學上可證明局部遺存頑固神經症狀，且勞動能力較一般顯明低下者。	7	40%
		1-1-5	中樞神經系統機能遺存障害，由醫學上可證明局部遺存頑固神經症狀，但通常無礙勞動。	11	5%
2 眼	視力障害 (註2)	2-1-1	雙目均失明者。	1	100%
		2-1-2	雙目視力減退至0.06以下者。	5	60%
		2-1-3	雙目視力減退至0.1以下者。	7	40%
		2-1-4	一目失明，他目視力減退至0.06以下者。	4	70%
		2-1-5	一目失明，他目視力減退至0.1以下者。	6	50%
		2-1-6	一目失明者。	7	40%
3 耳	聽覺障害 (註3)	3-1-1	兩耳鼓膜全部缺損或兩耳聽覺機能均喪失90分貝以上者。	5	60%
		3-1-2	兩耳聽覺機能均喪失70分貝以上者。	7	40%
4 鼻	缺損及機能障害 (註4)	4-1-1	鼻部缺損，致其機能永久遺存顯著障害者。	9	20%
5 口	咀嚼吞嚥及言語機能障害 (註5)	5-1-1	永久喪失咀嚼、吞嚥或言語之機能者。	1	100%
		5-1-2	咀嚼、吞嚥或言語之機能永久遺存顯著障害者。	5	60%
		5-1-3	咀嚼、吞嚥或言語構音之機能永久遺存顯著障害者。	7	40%
6 胸腹部臟器	胸腹部臟器機能障害 (註6)	6-1-1	胸腹部臟器機能遺存極度障害，終身不能從事任何工作，經常需醫療護理或專人周密照護者。	1	100%
		6-1-2	胸腹部臟器機能遺存高度障害，終身不能從事任何工作，且日常生活需人扶助。	2	90%
		6-1-3	胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身不能從事任何工作，但日常生活尚可自理者。	3	80%
		6-1-4	胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。	7	40%
	臟器切除	6-2-1	任一主要臟器切除二分之一以上者。	9	20%
		6-2-2	脾臟切除者。	11	5%
膀胱機能障害	6-3-1	膀胱機能完全喪失且無裝置人工膀胱者。	3	80%	
7 軀幹	脊柱運動障害 (註7)	7-1-1	脊柱永久遺存顯著運動障害者。	7	40%
		7-1-2	脊柱永久遺存運動障害者。	9	20%
8 上肢	上肢缺損障害	8-1-1	兩上肢腕關節缺失者。	1	100%
		8-1-2	一上肢肩、肘及腕關節中，有二大關節以上缺失者。	5	60%
		8-1-3	一上肢腕關節缺失者。	6	50%
	手指缺損障害 (註8)	8-2-1	雙手十指均缺失者。	3	80%
		8-2-2	雙手兩拇指均缺失者。	7	40%
		8-2-3	一手五指均缺失者。	7	40%
		8-2-4	一手包含拇指及食指在內，共有四指缺失者。	7	40%
		8-2-5	一手拇指及食指缺失者。	8	30%
		8-2-6	一手包含拇指或食指在內，共有三指以上缺失者。	8	30%
		8-2-7	一手包含拇指在內，共有二指缺失者。	9	20%
		8-2-8	一手拇指缺失或一手食指缺失者。	11	5%
		8-2-9	一手拇指及食指以外之任何手指，共有二指以上缺失者。	11	5%
	上肢機能障害	8-3-1	兩上肢肩、肘及腕關節均永久喪失機能者。	2	90%

項目	項次	殘廢程度	殘廢等級	給付比例	
害 (註9)	8-3-2	兩上肢肩、肘及腕關節中，各有二大關節永久喪失機能者。	3	80%	
	8-3-3	兩上肢肩、肘及腕關節中，各有一大關節永久喪失機能者。	6	50%	
	8-3-4	一上肢肩、肘及腕關節均永久喪失機能者。	6	50%	
	8-3-5	一上肢肩、肘及腕關節中，有二大關節永久喪失機能者。	7	40%	
	8-3-6	一上肢肩、肘及腕關節中，有一大關節永久喪失機能者。	8	30%	
	8-3-7	兩上肢肩、肘及腕關節均永久遺存顯著運動障害者。	4	70%	
	8-3-8	兩上肢肩、肘及腕關節中，各有二大關節永久遺存顯著運動障害者。	5	60%	
	8-3-9	兩上肢肩、肘及腕關節中，各有一大關節永久遺存顯著運動障害者。	7	40%	
	8-3-10	一上肢肩、肘及腕關節均永久遺存顯著運動障害者。	7	40%	
	8-3-11	一上肢肩、肘及腕關節中，有二大關節永久遺存顯著運動障害者。	8	30%	
	8-3-12	兩上肢肩、肘及腕關節均永久遺存顯著運動障害者。	6	50%	
	8-3-13	一上肢肩、肘及腕關節均永久遺存顯著運動障害者。	9	20%	
	手指機能障害 (註10)	8-4-1	雙手十指均永久喪失機能者。	5	60%
8-4-2		雙手兩拇指均永久喪失機能者。	8	30%	
8-4-3		一手五指均永久喪失機能者。	8	30%	
8-4-4		一手包含拇指及食指在內，共有四指永久喪失機能者。	8	30%	
8-4-5		一手拇指及食指永久喪失機能者。	11	5%	
8-4-6		一手含拇指及食指有三手指以上之機能永久完全喪失者。	9	20%	
8-4-7		一手拇指或食指及其他任何手指，共有三指以上永久喪失機能者。	10	10%	
9 下肢	下肢缺損障害	9-1-1	兩下肢足踝關節缺失者。	1	100%
		9-1-2	一下肢腕、膝及足踝關節中，有二大關節以上缺失者。	5	60%
		9-1-3	一下肢足踝關節缺失者。	6	50%
	縮短障害 (註11)	9-2-1	一下肢永久縮短五公分以上者。	7	40%
	足趾缺損障害 (註12)	9-3-1	雙足十趾均缺失者。	5	60%
		9-3-2	一足五趾均缺失者。	7	40%
	下肢機能障害 (註13)	9-4-1	兩下肢腕、膝及足踝關節均永久喪失機能者。	2	90%
		9-4-2	兩下肢腕、膝及足踝關節中，各有二大關節永久喪失機能者。	3	80%
		9-4-3	兩下肢腕、膝及足踝關節中，各有一大關節永久喪失機能者。	6	50%
		9-4-4	一下肢腕、膝及足踝關節均永久喪失機能者。	6	50%
		9-4-5	一下肢腕、膝及足踝關節中，有二大關節永久喪失機能者。	7	40%
		9-4-6	一下肢腕、膝及足踝關節中，有一大關節永久喪失機能者。	8	30%
		9-4-7	兩下肢腕、膝及足踝關節均永久遺存顯著運動障害者。	4	70%
		9-4-8	兩下肢腕、膝及足踝關節中，各有二大關節永久遺存顯著運動障害者。	5	60%
9-4-9		兩下肢腕、膝及足踝關節中，各有一大關節永久遺存顯著運動障害者。	7	40%	
9-4-10		一下肢腕、膝及足踝關節均遺存永久顯著運動障害者。	7	40%	
9-4-11		一下肢腕、膝及足踝關節中，有二大關節永久遺存顯著運動障害者。	8	30%	
9-4-12	兩下肢腕、膝及足踝關節均永久遺存顯著運動障害者。	6	50%		
9-4-13	一下肢腕、膝及足踝關節均永久遺存顯著運動障害者。	9	20%		
足趾機能障害 (註14)	9-5-1	雙足十趾均永久喪失機能者。	7	40%	
	9-5-2	一足五趾均永久喪失機能者。	9	20%	

註1:

1-1. 於審定「神經障害等級」時，須有精神科、神經科、神經外科或復健科專科醫師診斷證明及相關檢驗報告(如簡式智能評估表(MMSE)、失能評估表(modified

Rankin Scale, mRS)、臨床失智評估量表(CDR)、神經電生理檢查報告、神經系統影像檢查報告及相符之診斷檢查報告等)資料為依據，必要時保險人得另行指定專科醫師會同認定。

(1)「為維持生命必要之日常生活活動」係指食物攝取、大小便始末、穿脫衣服、起居、步行、入浴等。

(2) 有失語、失認、失行等之病狀症狀、四肢麻痺、錐體外路症狀、記憶力障害、知覺障害、感情障害、意欲減退、人格變化等顯著障害；或者麻痺等症狀，雖為輕度，身體能力仍存，但非他人在身邊指示，無法遂行其工作者；適用第3級。

(3) 中樞神經系統障害，例如無知覺障害之錐體路及錐體外路症狀之輕度麻痺，依影像檢查始可證明之輕度腦萎縮、腦波異常等屬之，此等症狀須據專科醫師檢查、診斷之結果審定之。

(4) 中樞神經系統之類廢症狀如發生於中樞神經系統以外之機能障害，應按其發現部位所定等級定之，如障害同時併存時，應綜合其全部症狀擇一等級定之，等級不同者，應按其中較重者定其等級。

1-2. 「平衡機能障害與聽力障害」等級之審定：因頭部損傷引起聽力障害與平衡機能障害同時併存時，須綜合其障害狀況定其等級。

1-3. 「外傷性癲癇」障害等級之審定：癲癇發作，同時應重視因反復發作致性格變化而終至失智、人格崩壞，即成癲癇性精神病狀態者，依附註1-1原則審定之。癲癇症狀之固定時期，應以經專科醫師之治療，認為不能期待醫療效果時，及因治療致症狀安定者為準，不論其發作型態，依下列標準審定之：

(1) 雖經充分治療，每週仍有一次以上發作者：適用第3級。

(2) 雖經充分治療，每月仍有一次以上發作者：適用第7級。

1-4. 「眩暈及平衡機能障害」等級之審定：頭部外傷後或因中樞神經系統受損引起之眩暈及平衡機能障害，不單由於內耳障害引起，因小腦、腦幹部、額葉等中樞神經系統之障害發現者亦不少，其審定標準如次：

(1) 為維持生命必要之日常生活活動仍有可能，但因高度平衡機能障害，終身不能從事任何工作者：適用第3級。

(2) 因中等度平衡機能障害、勞動能力較一般正常人顯明低下者：適用第7級。

1-5. 「外傷性脊髓障害」等級之審定，依其損傷之程度發現四肢等之運動障害、知覺障害、腸管障害、尿路障害、生殖器障害等，依附註1-1之原則，綜合其症狀選用合適等級。

1-6. 「一氧化碳中毒後遺症」障害等級之審定：一氧化碳中毒後遺症障害之審定，綜合其所遺諸症候，按照附註說明精神、神經障害等級之審定基本原則判斷，定其等級。

註2:

2-1. 「視力」之測定：

(1) 應用萬國式視力表以矯正後視力為準，但矯正不能者，得以裸眼視力測定之。

(2) 視力障害之測定，必要時須通過「測盲(Malingering)」檢查。

2-2. 「失明」係指視力永久在萬國式視力表0.02以下而言，並包括眼球喪失、摘出、僅能辨明暗或辨眼前一公尺以內手動或辨眼前五公分以內指數者。

2-3. 以自傷害之日起經過六個月的治療為判定原則，但眼球摘出等明顯無法復原之情況，不在此限。

註3:

3-1. 兩耳聽覺障害程度不同時，應依優耳之聽覺障害審定之。

3-2. 聽覺障害之測定，需用精密聽力計(Audiometer)行之，其平均聽力喪失率以分貝表示之。

3-3. 內耳損傷引起平衡機能障害之審定，準用神經障害所定等級，按其障害之程度審定之。

註4:

4-1. 「鼻部缺損」，係指鼻軟骨二分之一以上缺損之程度。其「機能永久遺存顯著障害」，係指兩側鼻孔閉塞、鼻呼吸困難、不能矯治，或兩側嗅覺完全喪失者。

註5:

5-1. 咀嚼機能發生障害，係專指由於牙齒以外之原因(如頰、舌、軟硬口蓋、顎骨、下顎關節等之障害)，所引起者。食道狹窄、舌異常、咽喉頭支配神經麻痺等引起之吞嚥障害，往往併發咀嚼機能障害，故兩項障害合併定為「咀嚼、吞嚥障害」：

(1)「喪失咀嚼、吞嚥之機能」，係指因器質障害或機能障害，以致不能作咀嚼、吞嚥運動，除流質食物外，不能攝取或吞嚥者。

(2)「咀嚼、吞嚥機能遺存顯著障害」，係指不能充分作咀嚼、吞嚥運動，致除粥、糊、或類似之食物以外，不能攝取或吞嚥者。

5-2. 言語機能障害，係指由於牙齒損傷以外之原因引起之構音機能障害、發聲機能障害及韻音機能障害等：

(1)「喪失言語機能障害」，係指後列構成語言之口唇音、齒舌音、口蓋音、喉頭音等之四種語音機能中，有三種以上不能構音者。

(2)「言語機能遺存顯著障害」，係指後列構成語言之口唇音、齒舌音、口蓋音、喉頭音等之四種語音機能中，有二種以上不能構音者。

A. 雙唇音：ㄅㄆㄇ(發音部位雙唇)

B. 唇齒音：ㄆ(發音部位唇齒)

C. 舌尖音：ㄊㄌㄆ(發音部位舌尖與牙齦)

D. 舌根音：ㄍㄎ(發音部位舌根與軟顎)

E. 舌面音：ㄎㄌ(發音部位舌面與硬顎)

F. 舌尖後音：ㄑㄒㄓ(發音部位舌尖與硬顎)

G. 舌尖前音：ㄑㄒㄓ(發音部位舌尖與上牙齦)

5-3. 因韻音機能遺存顯著障害，祇以言語表示對方不能通曉其意思者，準用「言語機能遺存顯著障害」所定等級。

註6:

6-1. 胸腹部臟器：

(1) 胸部臟器，係指心臟、心囊、主動脈、氣管、支氣管、肺臟、胸膜及食道。

(2) 腹部臟器，係指胃、肝臟、膽囊、胰臟、小腸、大腸、腸間膜、脾臟及腎上腺。



- (3) 泌尿器官，係指腎臟、輸尿管、膀胱及尿道。  
 (4) 生殖器官，係指內生殖器及外生殖器。

6-2.

1. 任一主要臟器切除二分之一以上者之主要臟器係指心臟、肺臟、食道、胃、肝臟、胰臟、小腸、大腸、腎臟、腎上腺、輸尿管、膀胱及尿道。  
 2. 前述「二分之一以上」之認定標準對稱器官以切除一側，肺臟以切除二葉為準。

- 6-3. 胸腹部臟器障害等級之審定：胸腹部臟器機能遺存障害，須將症狀綜合衡量，永久影響其日常生活活動之狀況及需他人扶助之情形，比照神經障害等級審定基本原則，綜合審定其等級。  
 6-4. 膀胱機能完全喪失，係指必須永久性自腹表排尿或長期導尿管(包括永久性迴腸導管、寇克氏囊與輸尿管造口術)。

註 7:

- 7-1. 脊柱遺存障害者，若併存神經障害時，應綜合其全部症狀擇一等級定之，等級不同者，應按其中較重者定其等級。  
 7-2. 脊柱運動障害須經 X 光照片檢查始可診斷，如經診斷有明顯骨折、脫位或變形者，應依下列規定審定：  
 (1) 「遺存顯著運動障害」，係指脊柱連續固定四個椎體及三個椎間盤(含)以上，且喪失生理運動範圍二分之一以上者。  
 (2) 「遺存運動障害」，係指脊柱連續固定四個椎體及三個椎間盤(含)以上，且喪失生理運動範圍三分之一以上者。  
 (3) 脊柱運動限制不明顯或脊柱固定三個椎體及二個椎間盤(含)以下者，不在給付範圍。

註 8:

- 8-1. 「手指缺失」係指：  
 (1) 在拇指者，係由指節間關節切斷者。  
 (2) 其他各指，係指由近位指節間關節切斷者。  
 8-2. 若經接指手術後機能仍永久完全喪失者，視為缺失。足趾亦同。  
 8-3. 截取拇趾接合於拇指時，若拇指原本之缺失已符合殘廢標準，接合後機能雖完全正常，拇趾之部份仍視為缺失，而拇趾之自截部份不予計入。

註 9:

- 9-1. 「一上肢肩、肘及腕關節永久喪失機能」，係指一上肢完全廢用，如下列情況者：  
 (1) 一上肢肩、肘及腕關節完全強直或完全麻痺，及該手五指均永久喪失機能者。  
 (2) 一上肢肩、肘及腕關節完全強直或完全麻痺者。  
 9-2. 「一上肢肩、肘及腕關節永久遺存顯著運動障害」，係指一上肢各關節遺存顯著運動障害，如下列情況者：  
 (1) 一上肢肩、肘及腕關節均永久遺存顯著運動障害，及該手五指均永久喪失機能者。  
 (2) 一上肢肩、肘及腕關節均永久遺存顯著運動障害者。  
 9-3. 以生理運動範圍，作審定關節機能障害之標準，規定如下：  
 (1) 「喪失機能」，係指關節完全強直或完全麻痺狀態者。  
 (2) 「顯著運動障害」，係指喪失生理運動範圍二分之一以上者。  
 (3) 「運動障害」，係指喪失生理運動範圍三分之一以上者。  
 9-4. 運動限制之測定：  
 (1) 以各關節之生理運動範圍為基準。機能(運動)障害原因及程度明顯時，採用主動運動之運動範圍，如障害程度不明確時，則須由被動運動之可能運動範圍參考決定之。  
 (2) 經石膏固定患者，應考慮其癒後恢復之程度，作適宜之決定。  
 9-5. 上下肢關節名稱及生理運動範圍如說明圖表。

註 10:

- 10-1. 「手指永久喪失機能」係指：  
 (1) 在拇指，中手指節關節或指節間關節，喪失生理運動範圍二分之一以上者。  
 (2) 在其他各指，中手指節關節，或近位指節間關節，喪失生理運動範圍二分之一以上者。  
 (3) 拇指或其他各指之末節切斷達二分之一以上者。

註 11:

- 11-1. 下肢縮短之測定，自患側之腸骨上棘與內踝下端之長度，與健側下肢比較測定其縮短程度。

註 12:

- 12-1. 「足趾缺失」係指：自中足趾關節切斷而足趾全部缺損者。

註 13:

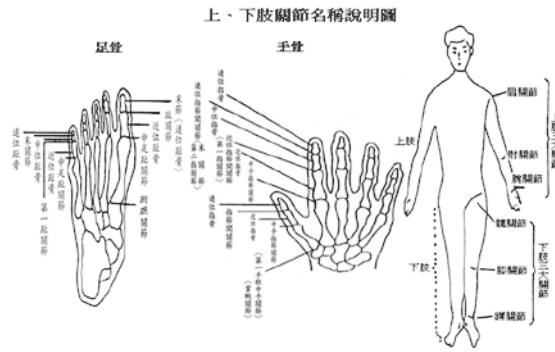
- 13-1. 「一下肢髖、膝及足踝關節永久喪失機能」，係指一下肢完全廢用，如下列情況者：  
 (1) 一下肢三大關節均完全強直或完全麻痺，以及一足五指均喪失機能者。  
 (2) 一下肢三大關節均完全強直或完全麻痺者。  
 13-2. 下肢之機能障害「喪失機能」、「顯著運動障害」或「運動障害」之審定，參照上肢之各該項規定。

註 14:

- 14-1. 「足趾永久喪失機能者」係指符合下列情況者：  
 (1) 第一趾末切斷二分之一以上者，或中足趾關節，或趾關節之運動可能範圍，喪失生理運動範圍二分之一以上者。  
 (2) 在第二趾，自末關節以上切斷者，或中足趾關節或第一趾關節喪失生理運動範圍二分之一以上者。  
 (3) 在第三、四、五各趾，係指末關節以上切斷或中足趾關節及第一趾關節均完全強直者。

註 15:

15-1. 機能永久喪失及遺存各級障害之判定，以被保險人於意外傷害事故發生之日起，並經六個月治療後症狀固定，再行治療仍不能期待治療效果的結果為基準判定。但立即可判定者不在此限。



上、下肢關節生理運動範圍一覽表

上肢:				下肢:			
左肩關節	前舉 (正常 180 度)	後舉 (正常 60 度)	關節活動度 (正常 240 度)	左髖關節	屈曲 (正常 125 度)	伸展 (正常 10 度)	關節活動度 (正常 135 度)
右肩關節	前舉 (正常 180 度)	後舉 (正常 60 度)	關節活動度 (正常 240 度)	右髖關節	屈曲 (正常 125 度)	伸展 (正常 10 度)	關節活動度 (正常 135 度)
左肘關節	屈曲 (正常 145 度)	伸展 (正常 0 度)	關節活動度 (正常 145 度)	左膝關節	屈曲 (正常 140 度)	伸展 (正常 0 度)	關節活動度 (正常 140 度)
右肘關節	屈曲 (正常 145 度)	伸展 (正常 0 度)	關節活動度 (正常 145 度)	右膝關節	屈曲 (正常 140 度)	伸展 (正常 0 度)	關節活動度 (正常 140 度)
左腕關節	掌屈 (正常 80 度)	背屈 (正常 70 度)	關節活動度 (正常 150 度)	左踝關節	跖屈 (正常 45 度)	背屈 (正常 20 度)	關節活動度 (正常 65 度)
右腕關節	掌屈 (正常 80 度)	背屈 (正常 70 度)	關節活動度 (正常 150 度)	右踝關節	跖屈 (正常 45 度)	背屈 (正常 20 度)	關節活動度 (正常 65 度)

若被保險人可證明其另一正常側之肢體關節活動度大於上述表定關節活動度時，則依其正常側之肢體關節活動度作為生理運動範圍之測定標準。

## 富邦人壽旅行平安保險 傷害醫療保險附約

【給付項目：傷害醫療保險金】

77. 01. 05 台財融字第 760790771 號函核准  
 85. 09. 10 台財保第 852370068 號函修訂  
 86. 07. 17 台財保第 862397215 號函修訂  
 86. 11. 08 台保司(三)第 861823881 號函修訂  
 87. 08. 07 台財保第 872440208 號函修訂  
 94. 06. 30 安穩精字第 94038 號函備查  
 94. 08. 16 安穩精字第 94052 號函備查  
 95. 01. 06 金管保三字第 09402133930 號函  
 95. 03. 13 安穩精字第 95008 號函備查  
 95. 08. 10 金管保二字第 09502069411 號函修訂  
 96. 08. 31 安穩精字第 96036 號函備查  
 97. 05. 30 安穩精字第 97028 號函備查  
 98. 04. 27 金管保三字第 09802546540 號  
 98. 06. 01 富壽商精字第 098002 號函備查  
 102. 01. 01 富壽商精字第 1010003357 號函備查  
 104. 09. 21 富壽商精字第 1040003245 號函備查  
 105. 08. 15 富壽商精字第 1050002432 號函備查  
 免費申訴電話 0809-000550

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，以免權益受損。

【傷害醫療保險金的給付及未滿期保險費之返還】

第一條 被保險人於本契約有效期間內遭受第二條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內，經登記合格的醫院或診所治療者，本公司就其實際醫療費用，超過全民健康保險給付部分，給付傷害醫療保險金。但超過一百八十日繼續治療者，受益人若能證明被保險人之治療與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。

前項同一次傷害的給付總額不得超過保險單所記載的「每次實支實付傷害醫

療保險金額」。

因被保險人身身故本附約條款效力終止時，若有已繳付而尚未滿期之保險費者，本公司應按天數保費差額返還要保人。

#### 【傷害醫療保險金的申領】

第二條 受益人申領「傷害醫療保險金」時應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、保險單或其謄本。
- 三、醫療診斷書或住院證明；但必要時本公司得要求提供意外傷害事故證明文件。
- 四、醫療費用明細或醫療證明文件(或醫療費用收據)。
- 五、受益人之身分證明。

#### 【傷害醫療保險金受益人之指定】

第三條 傷害醫療保險金的受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。倘被保險人身身故前尚有未受領之保險金(不論已否申請)，本公司將給付予本契約之身故受益人。

## 富邦人壽旅行平安保險

### 海外疾病醫療健康保險附加條款

【給付項目：海外突發疾病門診醫療保險金、海外突發疾病住院醫療保險金】

87.07.01 台財保第871839875 號函核准  
87.08.07 台財保第872411034 號函修訂  
95.01.06 金管保三字第09402133930 號函  
95.12.29 安復精字第95104 號函備查  
96.08.31 安復精字第960036 號函備查  
97.02.01 安復精字第97004 號函備查  
97.05.30 安復精字第97028 號函備查  
98.04.27 金管保三字第09802546540 號  
98.06.01 富壽商標字第098002 號函備查  
103.05.01 依103.01.22 金管保壽字第10202131810 號函修正  
104.09.21 富壽商標字第1040003246 號函備查  
免費申訴電話：0809-000550

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，以避免權益受損。

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。

#### 【附加條款之訂定】

第一條 本旅行平安保險海外疾病醫療健康保險附加條款(以下簡稱本附加條款)得經富邦人壽旅行平安保險(以下簡稱本契約)雙方當事人的同意，附加於本契約保險單。

#### 【名詞定義】

- 第二條
- 一、「海外」：係指台灣、澎湖、金門、馬祖以外之地區。
  - 二、「醫療機構」：指依法令規定核准開業，並以直接診治病人為目的之公、私立及財團法人醫療機構。
  - 三、「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。但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。
  - 四、「突發疾病」：係指被保險人需即時在醫療機構治療始能避免損害身體健康之疾病且在本附加條款生效前一百八十天以內，未曾接受該疾病之治療者。

#### 【保險範圍】

第三條 被保險人於本契約有效期間內，在海外突發疾病需門診或住院治療時，依照本附加條款的約定，給付保險金。

#### 【海外突發疾病門診醫療保險金的給付】

第四條 被保險人於本契約有效期間內，在海外突發疾病而需接受門診治療時，本公司就其實際發生之門診醫療費用給付「海外突發疾病門診醫療保險金」，且其每日門診醫療保險金最高以本契約保險單上之載之本附加條款給付限額之千分之三為限，惟已獲得全民健康保險給付之部份，本公司不予給付保險金。

#### 【海外突發疾病住院醫療保險金的給付】

第五條 被保險人於本契約有效期間內，在海外突發疾病需住院治療時，本公司就其實際發生之住院醫療費用給付「海外突發疾病住院醫療保險金」，惟已獲得全民健康保險給付之部份，本公司不予給付保險金。

前項「海外突發疾病住院醫療保險金」的給付應受下列之限制：

- 一、其給付自突發疾病首次住院第一日起至第一百八十日內所實際發生之住院醫療費用。
- 二、「住院醫療費用」係指在醫療機構發生之下列各項費用：
  - (一) 指定醫師。
  - (二) 醫師指定用藥。
  - (三) 血液。
  - (四) 掛號費及證明文件。
  - (五) 來往醫院之救護車費。
  - (六) 超過全民健康保險給付之住院醫療費用。

#### 【保險金給付的限制】

第六條 受益人申領本附加條款第四條及第五條之保險金時，其累計總額不得超過本契約保險單上之載之本附加條款給付限額。

#### 【醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式】

第七條 第四條及第五條之給付，於被保險人非以全民健康保險之保險對象身分住院診療；或前往不具有全民健康保險之醫療機構住院診療者，致各項醫療費用未經全民健康保險給付，本公司依被保險人實際支付之各項費用之100%給付，惟仍以前述各項保險金條款約定之限額為限。

#### 【除外責任】

第八條 被保險人因下列原因所致之突發疾病而門診或住院診療者，本公司不負給付各項保險金的責任：

- 一、被保險人之故意行為(包括自殺及自殺未遂)。
- 二、被保險人之犯罪行為。
- 三、被保險人非法施用防制毒品相關法令所稱之毒品。

被保險人因下列事故而門診或住院診療者，本公司不負給付各項保險金的責

任。

- 一、美容手術、外科整型。但為重建其基本功能所作之必要整型，不在此限。
- 二、外觀可見之天生畸形。
- 三、非因當次住院事故治療之目的所進行之牙科手術。
- 四、裝設義齒、義肢、義眼、眼鏡、助聽器或其它附屬品。
- 五、健康檢查、療養、靜養、戒毒、戒酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者。

六、懷孕、流產或分娩及其併發症。但下列情形不在此限：

(一) 懷孕相關疾病：

1. 子宮外孕。
2. 葡萄胎。
3. 前置胎盤。
4. 胎盤早期剝離。
5. 產後大出血。
6. 子癩前症。
7. 子癩症。
8. 萎縮性胚胎。
9. 胎兒染色體異常之手術。

(二) 因醫療行為所必要之流產，包含：

1. 因本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病。
2. 因本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病。
3. 有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康。
4. 有醫學上理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞。
5. 因被強制性、誘姦或與依法不得結婚者相姦而受孕者。

(三) 醫療行為為必要之剖腹產，並符合下列情況者：

1. 產程過滯：已進行充足引產，但第一產程之潛伏期過長(經產婦超過14小時、初產婦超過20小時)，或第一產程之活動期子宮口超過2小時仍無進一步擴張，或第二產程超過2小時胎頭仍無下降。
2. 胎兒窘迫，係指下列情形之一者：
  - a. 在子宮無收縮情況下，胎心音圖顯示每分鐘大於160次或少於100次且呈持續性者，或胎兒心跳低於基礎心跳每分鐘30次且持續60秒以上者。
  - b. 胎兒頭皮酸鹼度檢查PH值少於7.20者
3. 胎頭骨盆不對稱，係指下列情形之一者：
  - a. 胎頭過大(胎兒頭圍37公分以上)。
  - b. 胎兒超音波檢查顯示巨嬰(胎兒體重4000公克以上)。
  - c. 骨盆變形、狹窄(骨盆內口10公分以下或中骨盆9.5公分以下)並經骨盆腔攝影確定者。
  - d. 骨盆腔腫瘤(包括子宮下段之腫瘤，子宮頸之腫瘤及會引起產道壓迫阻塞之骨盆腔腫瘤)致影響生產者。
4. 胎位不正。
5. 多胞胎。
6. 子宮頸未全開而有臍帶脫落時。
7. 兩次(含)以上的死產(懷孕24周以上，胎兒體重560公克以上)。
8. 分娩相關疾病：
  - a. 前置胎盤。
  - b. 子癩前症及子癩症。
  - c. 胎盤早期剝離。
  - d. 早期破水超過24小時合併感染現象
9. 母體心肺疾病：
  - (a) 嚴重心律不整，並附心臟科專科醫師診斷證明或心電圖檢查認定須剖腹產者。
  - (b) 經心臟科採用之心肺功能分級認定為第三或第四級心臟病，並附診斷證明。
  - (c) 嚴重肺氣腫，並附胸腔科專科醫師診斷證明。

七、不孕症、人工受孕或非以治療為目的之避孕及絕育手術。

被保險人以任何獲得海外醫療為目的之出國行為而門診或住院診療者，本公司不負給付各項保險金的責任。

#### 【保險金的申領】

第九條 受益人申領本附加條款各項保險金時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、保險單或其謄本。
- 三、醫療診斷書或住院證明。(但要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人出具診斷書或住院證明。)
- 四、醫療費用收據及醫療費用明細。
- 五、受益人的身分證明。

受益人申領本條保險金時，如其檢具之醫療費用收據係以外幣計算者，本公司按受理申請當日臺灣銀行告示之即期賣出外匯匯率，計算等值之新臺幣給付保險金。(如當日無此匯率資料，則以次日之匯率為準，並以此類推。)受益人申領保險金時，本公司於必要時得經其同意調閱被保險人之就醫相關資料，其費用由本公司負擔。

#### 【受益人的指定及變更】

第十條 本附加條款各項保險金之受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。倘被保險人身身故前尚有未受領之保險金(不論已否申請)，本公司將給付予所附加本契約之身故受益人。

#### 【本附加條款因被保險人身身故時的處理】

第十一條 因被保險人身身故本附加條款效力終止時，若有已繳付而尚未滿期之保險費者，本公司應按天數保費差額返還要保人。

#### 【未規定之事項】

第十二條 本附加條款未規定之事項，適用本契約之規定。

# 富邦人壽旅行平安保險海外突發疾病 醫療健康保險附加條款

【本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目】

【給付項目：海外突發疾病住院醫療保險金、海外突發疾病住院補償保險金、海外突發疾病門診醫療保險金、海外突發疾病急診醫療保險金、重大燒燙傷保險金】

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。

100.04.11 富壽商精字第100000623 號函備查  
103.05.01 依103.01.22 金管保壽字第10202131810 號函修正  
104.09.21 富壽商精字第1040003247 號函備查  
免費申訴電話：0809-000550  
傳真：02-88098660

【附加條款之訂定】 電子信箱(E-mail)：ho531.life@fubon.com

第一條 本旅行平安保險海外突發疾病醫療健康保險附加條款（以下簡稱本附加條款）得經富邦人壽旅行平安保險（以下簡稱本契約）雙方當事人的同意，附加於本契約保險單，並成為本契約的構成部分。本附加條款的解釋，應探求契約當事人的真意，不得拘泥於所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為原則。

## 【名詞定義】

第二條 本附加條款所用名詞定義如下：  
一、「海外」：係指台灣、澎湖、金門、馬祖以外之地區。  
二、「醫療機構」：指依法令規定核准開業，並以直接診治病人為目的之公、私立及財團法人醫療機構。  
三、「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於醫院接受診治者。但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。  
四、「突發疾病」：係指被保險人需即時在醫療機構治療始能避免損害身體健康之疾病，且在本附加條款生效前一百八十天以內，未曾接受該疾病之治療者。  
五、「醫師」：係指合法領有醫師執照之執業醫師，且非要保人本人或被保險人本人。

## 【保險範圍】

第三條 於本附加條款有效期間內，本公司依第四條至第八條約定給付保險金。

## 【海外突發疾病住院醫療保險金之給付】

第四條 被保險人於本附加條款有效期間內，在海外因突發疾病需住院治療時，本公司就其實際發生之住院醫療費用給付「海外突發疾病住院醫療保險金」，給付總額最高以本契約保險單上之海外突發疾病醫療健康保險金額為限，惟已獲得全民健康保險給付之部份，本公司不予給付保險金。前項「海外突發疾病住院醫療保險金」之給付應受下列之限制：

- 一、其給付自突發疾病首次住院第一日起至第一百八十日內所實際發生之住院醫療費用。
- 二、「住院醫療費用」係指在醫療機構發生之下列各項費用：
  - (一) 指定醫師。
  - (二) 醫師指定用藥。
  - (三) 血液。
  - (四) 掛號費及證明文件。
  - (五) 來往醫院之救護車費。
  - (六) 超過全民健康保險給付之住院醫療費用。

## 【海外突發疾病住院補償保險金】

第五條 被保險人於本附加條款有效期間內，因第四條情形住院治療時，本公司除給付「海外突發疾病住院醫療保險金」外，另按實際支付之「海外突發疾病住院醫療保險金」之百分之十給付「海外突發疾病住院補償保險金」。

## 【海外突發疾病門診醫療保險金】

第六條 被保險人於本附加條款有效期間內，在海外因突發疾病而需接受門診治療時，本公司就其實際發生之門診醫療費用給付「海外突發疾病門診醫療保險金」，且其每日門診醫療保險金最高以本契約保險單上之海外突發疾病醫療健康保險金額之百分之五為限，惟已獲得全民健康保險給付之部份，本公司不予給付保險金。

## 【海外突發疾病急診醫療保險金】

第七條 被保險人於本附加條款有效期間內，在海外因突發疾病而需接受急診治療時，本公司就其實際發生之急診醫療費用給付「海外突發疾病急診醫療保險金」，且其每日急診醫療保險金最高以本契約保險單上之海外突發疾病醫療健康保險金額之百分之五為限，惟已獲得全民健康保險給付之部份，本公司不予給付保險金。

## 【重大燒燙傷保險金】

第八條 被保險人於本附加條款有效期間內，於海外遭受意外傷害事故而蒙受燒燙傷之傷害，於具備治療燒燙傷設備醫院住院治療，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內，經醫師診斷符合下列重大燒燙傷範圍者，以本契約保險單上之海外突發疾病醫療健康保險金額之百分之百給付「重大燒燙傷保險金」。本項給付於本附加條款有效期間內以一次為限。  
一、二度燒燙傷面積大於全身的20%（詳附表一）。  
二、三度燒燙傷面積大於全身的10%（詳附表一）。  
三、顏面燒燙傷合併五官功能障礙者（詳附表一）。

各年齡層身體各部分所佔身體表面積之比例不同，就其上限比例列載於附表二。

第一項所稱之意外傷害事故，係指非由疾病引起之外來突發事故。

## 【海外突發疾病醫療保險金額之調整】

第九條 被保險人於本附加條款有效期間內，於海外特定地區發生第四條、第六條或第七條之治療行為者，其保險金之限額應乘以附表三調整比例調整之。

## 【醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式】

第十條 第四條、第六條及第七條之給付，於被保險人非以全民健康保險之保險對象身分住院、門（急）診診療；或前住不具有全民健康保險之醫療機構住院、門（急）診診療者，致各項醫療費用未經全民健康保險給付，本公司依被保險人實際支付之各項費用之百分之百給付，惟仍以前述各項保險金條款約定之限額為限。

## 【除外責任】

第十一條 被保險人因本契約第八條除外責任之原因及第九條不保事項之活動所致之重大燒燙傷傷害，本公司不負給付「重大燒燙傷保險金」之責任。被保險人因下列各款疾病或原因所生之住院或門（急）診費用，本公司不負給付突發疾病的各項醫療或補償保險金的責任。

- 一、因本契約第八條除外責任之原因及第九條不保事項之活動所致之疾病。
- 二、任何以獲得海外醫療為目的之出國治療行為。
- 三、被保險人之故意行為（包括自殺及自殺未遂）。
- 四、被保險人之犯罪行為。
- 五、被保險人非法施用防制毒品相關法令所稱之毒品。被保險人因下列事故所生之住院或門（急）診費用，本公司不負給付突發疾病的各項醫療或補償保險金的責任。
  - 一、美容手術、外科整型。但為重建其基本功能所作之必要整型，不在此限。
  - 二、外觀可見之天生畸形。
  - 三、非因當次住院事故治療之目的所進行之牙科手術。
  - 四、裝設義齒、義肢、義眼、眼鏡、助聽器或其它附屬品。
  - 五、健康檢查、療養、靜養、戒毒、戒酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者。
  - 六、懷孕、流產或分娩及其併發症。但下列情形不在此限：
    - (一) 懷孕相關疾病：
      1. 子宮外孕。
      2. 葡萄胎。
      3. 前置胎盤。
      4. 胎盤早期剝離。
      5. 產後大出血。
      6. 子癲前症。
      7. 癱瘓。
      8. 萎縮性胚胎。
      9. 胎兒染色體異常之手術。
    - (二) 因醫療行為所必要之流產，包含：
      1. 因本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病。
      2. 因本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病。
      3. 有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康。
      4. 有醫學上理由，足以認定胎兒有畸型發育之虞。
      5. 因被強制性交、誘姦或與依法不得結婚者相姦而受孕者。
    - (三) 醫療行為必要之剖腹產，並符合下列情況者：
      1. 產程遲滯：已進行充足引產，但第一產程之潛伏期過長（經產婦超過14小時、初產婦超過20小時），或第一產程之活動期子宮口超過2小時仍無進一步擴張，或第二產程超過2小時胎頭仍無下降。
      2. 胎兒窘迫，係指下列情形之一者：
        - a. 在子宮無收縮情況下，胎心音圖顯示每分鐘大於160次或少於100次且呈持續性者，或胎兒心跳低於基礎心跳每分鐘30次且持續60秒以上者。
        - b. 胎兒頭皮酸鹼度檢查PH值少於7.20者。
      3. 胎頭骨盆不對稱，係指下列情形之一者：
        - a. 胎頭過大（胎兒頭圍37公分以上）。
        - b. 胎兒超音波檢查顯示巨嬰（胎兒體重4000公克以上）。
        - c. 骨盆變形、狹窄（骨盆內口10公分以下或中骨盆9.5公分以下）並經骨盆腔攝影確定者。
        - d. 骨盆腔腫瘤（包括子宮下段之腫瘤，子宮頸之腫瘤及會引起產道壓迫阻塞之骨盆腔腫瘤）致影響生產者。
    4. 胎位不正。
    5. 多胞胎。
    6. 子宮頸未全開而有臍帶脫落時。
    7. 兩次（含）以上的死產（懷孕24周以上，胎兒體重560公克以上）。
    8. 分娩相關疾病：
      - a. 前置胎盤。
      - b. 子癲前症及子癲症。
      - c. 胎盤早期剝離。
      - d. 早期破水超過24小時合併感染現象。
      - e. 母體心肺疾病：
        - (a) 嚴重心律不整，並附心臟科專科醫師診斷證明或心電圖檢查認定須剖腹產者。
        - (b) 經心臟科採用之心肺功能分級認定為第三或第四級心臟病，並附診斷證明。
        - (c) 嚴重肺氣腫，並附胸腔科專科醫師診斷證明。
  - 七、不孕症、人工受孕或非以治療為目的之避孕及絕育手術。

**【海外突發疾病醫療或補償保險金的申領】**

第十二條 受益人申領本附加條款各項突發疾病醫療或補償保險金時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
  - 二、保險單或其謄本。
  - 三、醫療診斷書或住院證明。(但要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人出具診斷書或住院證明。)
  - 四、醫療費用收據及醫療費用明細。
  - 五、受益人的身分證明。
- 受益人申領本附加條款各項突發疾病醫療或補償保險金時，如其檢具之醫療費用收據係以外幣計算者，本公司按受理申請當日臺灣銀行告示之即期賣出外匯匯率，計算等值之新臺幣給付保險金。(如當日無此匯率資料，則以次日之匯率為準，並以此類推。)
- 受益人申領保險金時，本公司於必要時得經其同意調閱被保險人之就醫相關資料，其費用由本公司負擔。

顏面燒燙傷合併五官功能障礙	940.0 940.1 940.2 940.3 940.4 940.5 941.5	眼瞼及眼周區之化學燒傷 眼瞼及眼周區之其他燒傷 角膜及結膜囊之鹼性化學燒傷 角膜及結膜囊之酸性化學燒傷 角膜及結膜囊之其他燒傷 引起眼球破裂或損壞之燒傷 深部組織壞死(深三度)伴隨身體部份損傷	按國際疾病分類標準，同時須合併五官功能障礙
---------------	---	--	-----------------------

**【重大燒燙傷保險金的申領】**

第十三條 受益人申領本附加條款「重大燒燙傷保險金」時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
  - 二、保險單或其謄本。
  - 三、醫療診斷書(需載明燒燙傷程度及佔體表面積之比例，要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人出具診斷書或住院證明)；但必要時本公司得要求提供意外傷害事故證明文件。
  - 四、受益人之身分證明。
- 受益人申領「重大燒燙傷保險金」時，本公司得對被保險人的身體予以檢驗，必要時並得另經受益人同意調閱被保險人之就醫相關資料，其一切費用由本公司負擔。

**【受益人的指定及變更】**

第十四條 本附加條款各項保險金之受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。

被保險人身故時，如本附加條款保險金尚未給付或未完全給付，則以本契約身故保險金受益人為該部分保險金之受益人。

**【本附加條款因被保險人身故時的處理】**

第十五條 因被保險人身身故致本附加條款效力終止時，若有已繳付而尚未滿期之保險費者，本公司應按天數保費差額返還要保人。

**【未約定之事項】**

第十六條 本附加條款未約定之事項，適用本契約之約定。

附表一：

「重大燒燙傷」係指依據現行全民健康保險重大傷病範圍一覽表中，中文疾病名稱定義第九項：燒燙傷面積達二度燒燙傷面積大於全身的百分之二十；三度燒燙傷面積大於全身的百分之十；顏面燒燙傷合併五官功能障礙者。

燒燙傷範圍依國際疾病分類標準，如下表：

範圍	國際疾病分類編碼	分類項目	備註
二度燒燙傷面積大於全身的百分之二十	941.2	臉、頭及頸之燒傷之水泡，表皮脫落	按國際疾病分類標準，同時須符合燒燙傷面積大於全身百分之二十
	942.2	軀幹燒傷之水泡，表皮脫落	
	943.2	上肢燒傷(腕及手除外)之水泡，表皮脫落	
	944.2	腕及手之燒傷之水泡，表皮脫落	
	945.2	下肢燒傷之水泡，表皮脫落	
	946.2	多處燒傷，明示位置者之水泡，表皮脫落	
三度燒燙傷面積大於全身的百分之十	948.1 (1)	體表面積10-19%之燒燙傷包含體表面積10-19%之三度燒燙傷	國際疾病分類編碼948分類項目之第五位分類碼，係指三度燒燙傷面積所占體表面積之百分比，其有效數字標示該分類項目下方括號內： (1) 10-19% (2) 20-29% (3) 30-39% (4) 40-49% (5) 50-59% (6) 60-69% (7) 70-79% (8) 80-89% (9) 90-99%
	948.2 (1-2)	體表面積20-29%之燒燙傷包含體表面積10-29%之三度燒燙傷	
	948.3 (1-3)	體表面積30-39%之燒燙傷包含體表面積10-39%之三度燒燙傷	
	948.4 (1-4)	體表面積40-49%之燒燙傷包含體表面積10-49%之三度燒燙傷	
	948.5 (1-5)	體表面積50-59%之燒燙傷包含體表面積10-59%之三度燒燙傷	
	948.6 (1-6)	體表面積60-69%之燒燙傷包含體表面積10-69%之三度燒燙傷	
	948.7 (1-7)	體表面積70-79%之燒燙傷包含體表面積10-79%之三度燒燙傷	
	948.8 (1-8)	體表面積80-89%之燒燙傷包含體表面積10-89%之三度燒燙傷	
	948.9 (1-9)	體表面積90-99%之燒燙傷包含體表面積10-99%之三度燒燙傷	

五官功能障礙表

一	一目失明(註一)
二	永久喪失言語或咀嚼機能者(註二)
三	兩耳聽力永久完全喪失者(註三)
四	鼻缺損，且其機能永久遺留顯著障礙者。(註四)

註：1. 失明的認定：

- (1) 視力的測定，係兩眼個別依矯正視力測定之。
- (2) 失明指視力永久在萬國視力表 0.02 以下。
- (3) 以自傷害之日起經過六個月的治療為判定原則。

2. (1) 言語機能的喪失，係指構成語言之口唇音、齒舌音、口蓋音、喉頭音等之四種語言機能中，有三種以上不能發出者。

(2) 咀嚼機能的喪失，係指因火災之原因所引起的機能障礙，以致不能做咀嚼運動，除流質食物以外不能攝取之狀態。

3. 聽力喪失的認定：

(1) 聽力的測定，依中華民國工業規格標準的聽力測定器為之。

(2) 聽力永久完全喪失係指周波數在 500, 1000, 2000, 4000 赫(Hertz) 時的聽力，喪失程度分別為 a, b, c, d; dB(強音單位) 時，其 1/6(a+2b+2c+d) 的値在 80dB 以上(相當於耳殼而不能聽懂大聲語言) 且無復原希望者。

4. (1) 鼻缺損係指鼻軟骨二分之一以上缺損。

(2) 機能永久遺留顯著障礙係指兩個鼻子呼吸困難或嗅覺永久完全喪失。

附表二：

	0 歲	1 歲	5 歲	10 歲	15 歲	16 歲以上
頭部	19%	17%	13%	11%	9%	7%
頸部	1%	1%	1%	1%	1%	1%
軀體	26%	26%	26%	26%	26%	26%
上臂(雙側)	8%	8%	8%	8%	8%	8%
下臂(雙側)	6%	6%	6%	6%	6%	6%
手(雙側)	6%	6%	6%	6%	6%	6%
臀部(雙側)	5%	5%	5%	5%	5%	5%
生殖器	1%	1%	1%	1%	1%	1%
大腿(雙側)	11%	13%	16%	17%	18%	19%
小腿(雙側)	10%	10%	11%	12%	13%	14%
腳(雙側)	7%	7%	7%	7%	7%	7%

附表三：

地區	美加	日本、歐洲、紐澳	其他
調整比例	350%	200%	100%