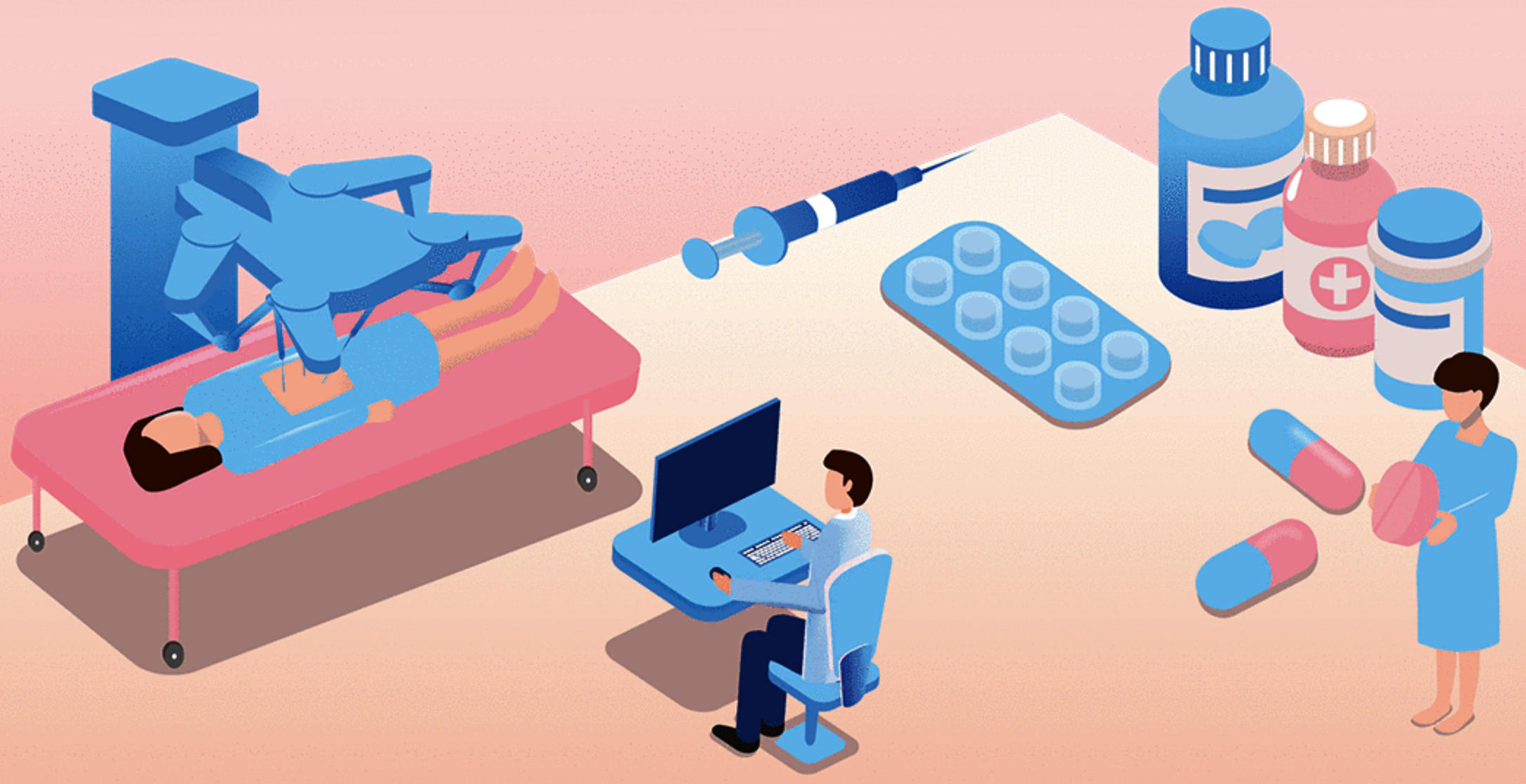
113.07版

抗癌升級版+

愛藥即時 2.0

提供癌症患者「標靶藥物&達文西手術」高端治療保障



專案特色

- 提供癌症患者「標靶藥物、達文西手術」治療自費保障缺口!
- 「標靶藥物、達文西手術」賠償期間，自診斷確定日起長達「3年」!
- 標靶藥物治療實支實付 最高給付「500萬」保障!
- 彈性加購「個人初次罹患癌症」健康保險，不須單據提供定額給付!

富邦產險

正向力量 熱情守護™

商品核准名稱：富邦產物新初次罹患癌症特定治療費用健康保險、富邦產物個人初次罹患癌症健康保險、富邦產物傷害暨健康保險續保及繳費約定附加條款(非保證續保)、富邦產物保險費分期繳付附加條款。

商品核准文號：110.10.06金管保產字第1100431243號函核准、113.07.02依金融監督管理委員會113.06.28金管保壽字第11304207572號函修正、98.07.10 (98)富保研發個字第056號函備查、108.09.02依金融監督管理委員會108.04.09金管保壽字第10804904941號函修正、106.01.23富保業字第1060000167號函備查、112.09.05富保業字第1120010833號函備查、101.09.11富保業字第1010001286號函備查、111.11.21依金融監督管理委員會111.08.30金管保壽字第1110445485號函修正。

給付項目：癌症標靶治療藥物費用保險金、癌症達文西手術醫療費用保險金、初次罹患癌症保險金、初次罹患原位癌保險金、特定癌症增額保險金、癌症生活補助保險金。

消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外責任、不保事項及商品風險，相關內容均詳列於保單條款及相關銷售文件，如有疑義請洽詢銷售人員以詳細說明。

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

消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率（預定附加費用率）最高39%，最低39%；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：0800-009-888）或網站（網址：www.fubon.com），以保障您的權益。

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。

地址：台北市中山區遼寧街179號7~14樓

fubon.com

癌症醫療費破千億元！補強健保缺口，自費醫療成趨勢！

2019 年
台灣癌症時鐘
快轉 **11** 秒

每 **4** 分 **20** 秒
就有一人罹癌

全台一年
12.1 萬人
初次確診癌症

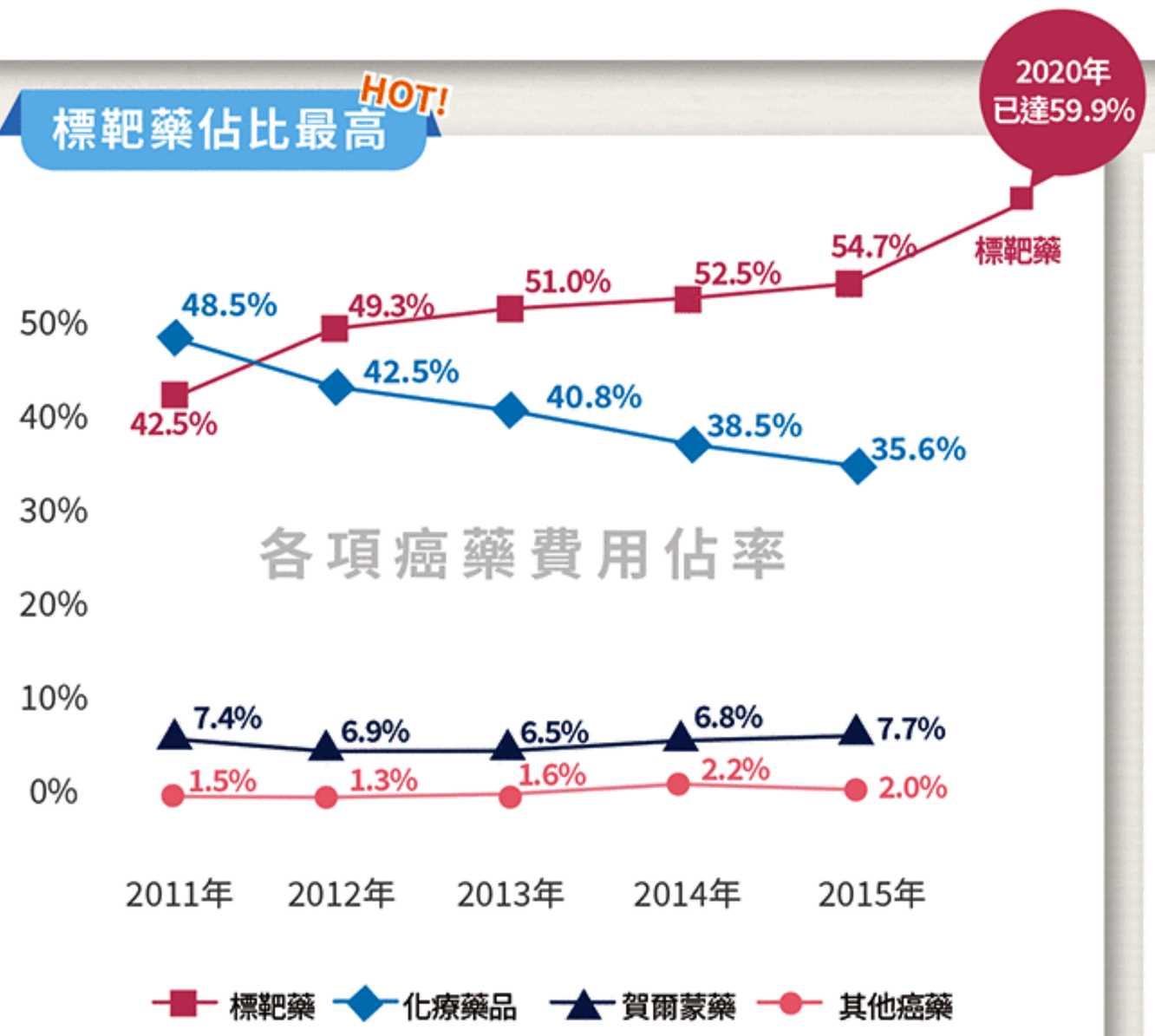
手術治療

標靶治療

癌症醫療費用2020年已突破**1200億元**!
儘管健保提供基本保障，但面臨**「標靶藥價高」**、**「新型手術費用高」**的風險，想獲得到更好的醫療品質及治療，往往得**自行負擔高額費用**。

資料來源：衛生福利部國民健康署

標靶藥佔比最高 HOT!



資料來源：衛福部中央健康保險署

達文西手術趨勢 NEW!

達文西手術

傳統手術

	達文西手術		傳統手術
視　野	窄、但3D立體影像有景深、立體感佳	勝	廣、清晰
住院時間	短	勝	長
傷口大小	小傷口，不易留疤	勝	大傷口，易留疤痕
疼痛程度	較小	勝	較大
費　用	自費，平均20~30萬		健保給付
恢復時間	較快	勝	較慢

癌症治療支出高額費用

(單位:年)

癌症治療支出可能會產生的費用			
項目	標靶藥物		達文西手術
肺癌	瘤利剋	220~250萬	18~20萬
	泰格莎	210~240萬	
大腸癌	爾必得舒	160~220萬	15~18萬
乳癌	賀癌寧	200~250萬	20~22萬
	賀疾妥	130~160萬	
卵巢癌	令癌莎	300~360萬	20~25萬

一年動輒「上百萬」
的癌症治療費用，
需更完整的保險商品
補強保障缺口！

【註】：依各醫院定價為準
資料來源：中華民國癌症學會、現代保險雜誌，實際以健保署公告為準。

高端癌症保障主計畫

		保障內容		計畫A	計畫B
1	新初次罹患癌症特定治療費用健康保險	癌症達文西手術醫療費用保險金	約定三年賠償期間累計最高	30萬	50萬
2		癌症標靶治療藥物費用保險金	約定三年賠償期間累計最高	300萬	500萬

加值方案

		保障內容	方案一	方案二
3	個人初次罹患癌症健康保險甲型	初次罹患癌症保險金	30萬	50萬
4		初次罹患原位癌保險金	3萬	5萬
5		特定癌症增額保險金	6萬	10萬
6		癌症生活補助保險金	1.5萬	2.5萬

註1：加值方案需搭配主計畫一併承保，恕無法單獨承保。

註2：加購加值方案一需搭配主計畫A，加購加值方案二需搭配主計畫B，不得任意交叉選擇。

險種說明

*此為摘要說明，完整承保範圍及不保事項請以保單條款為準。

主計畫

初次罹患癌症「標靶治療藥物費用」健康保險

經醫師診斷確定**初次罹患癌症**，本公司自該診斷確定日起**三年內**，對被保險人因依專科醫師指示而實際於中華民國境內接受標靶治療時，對其依全民健保規定應**自行負擔及不屬全民健保給付範圍之「標靶治療」藥物(含口服及注射)費用**，本公司依約定給付保險金，累計最高給付金額以保險單所載「癌症標靶治療藥物費用保險金額」為上限。

註：標靶治療藥物，每次處方應依中央衛生主管機關或美國衛生主管機關核准之適應症內使用。

初次罹患癌症「達文西手術醫療費用」健康保險

經醫師診斷確定**初次罹患癌症者**，本公司自該診斷確定日起**三年內**，對被保險人因依專科醫師指示因以治療癌症為直接原因並**以切除惡性腫瘤或切除癌症病灶為目的**，於中華民國境內醫院住院接受達文西機械手臂手術治療時，本公司依約定給付保險金，累計最高給付金額以保險單所載「癌症達文西手術醫療費用保險金」為上限。

癌症

係指罹患組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗確定符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」版本歸屬於**惡性腫瘤或原位癌**之疾病。

加值方案

個人初次罹患癌症健康保險甲型

- 不需住院、手術、醫療單據，提供定額給付。
- 另針對國人常見癌症，如肺癌、肝癌、結腸直腸癌、乳癌、攝護腺癌、子宮頸癌等六大項特定癌症，增額給付。

初次罹患原位癌:

生平第一次罹患組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」版本歸屬於**原位癌**。

初次罹患癌症(惡性腫瘤)：

生平第一次罹患組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」版本歸屬於**惡性腫瘤(不含原位癌)**。

核保規範

繳費年期		一年期
新保年齡		計畫A:25~60 歲;計畫B:0~60 歲
續保年齡		75歲
等待期說明	首年	癌症等待期90日,保障9個月
	續年	無等待期,保障12個月
繳別		年繳、半年繳、月繳、季繳

- 本商品為「非保證續保」之保險商品。
- 本商品簡介僅供參考,詳細保單內容以保單條款為準,客戶投保前應詳細閱讀保單條款內容。
- 本保險商品癌症之等待期間為90日,等待期間為契約生效日後90日內,但續保者不受本項90日約定之限制。

年繳費率表

單位:新台幣元

計畫別	計畫A				計畫B			
性別	男		女		男		女	
年齡/首續	首期	續期	首期	續期	首期	續期	首期	續期
0-4歲	-	-	-	-	1,405	1,873	1,156	1,541
5-9歲	-	-	-	-	853	1,137	829	1,105
10-14歲	-	-	-	-	941	1,255	777	1,036
15-19歲	-	-	-	-	995	1,327	1,024	1,365
20-24歲	-	-	-	-	921	1,229	896	1,195
25-29歲	1,026	1,368	1,257	1,677	1,360	1,813	1,571	2,095
30-34歲	1,602	2,135	2,439	3,253	2,058	2,745	2,895	3,859
35-39歲	2,369	3,158	4,220	5,627	2,955	3,941	4,839	6,452
40-44歲	3,666	4,888	7,500	10,000	4,441	5,921	8,504	11,338
45-49歲	5,758	7,677	12,243	16,324	6,866	9,155	13,924	18,565
50-54歲	8,453	11,271	13,417	17,888	9,950	13,267	15,425	20,568
55-59歲	11,541	15,389	15,292	20,390	13,676	18,236	17,759	23,679
60-64歲	14,862	19,817	17,463	23,284	17,431	23,241	20,173	26,897
65-69歲	-	24,749	-	25,223	-	28,994	-	29,234
70-74歲	-	33,699	-	28,040	-	39,362	-	32,763
75歲	-	39,618	-	30,791	-	46,141	-	35,837
計畫別	計畫A+方案一				計畫B+方案二			
性別	男		女		男		女	
年齡/首續	首期	續期	首期	續期	首期	續期	首期	續期
0-4歲	-	-	-	-	1,529	2,038	1,254	1,671
5-9歲	-	-	-	-	977	1,302	927	1,235
10-14歲	-	-	-	-	1,065	1,420	875	1,166
15-19歲	-	-	-	-	1,145	1,527	1,163	1,550
20-24歲	-	-	-	-	1,116	1,489	1,129	1,505
25-29歲	1,217	1,623	1,520	2,028	1,679	2,238	2,010	2,680
30-34歲	1,973	2,630	2,968	3,958	2,677	3,570	3,776	5,034
35-39歲	3,062	4,082	5,147	6,863	4,110	5,481	6,384	8,512
40-44歲	4,823	6,430	8,990	11,986	6,369	8,491	10,987	14,648
45-49歲	7,596	10,128	14,318	19,090	9,930	13,240	17,382	23,175
50-54歲	11,088	14,784	15,944	21,257	14,341	19,122	19,636	26,183
55-59歲	15,463	20,618	18,361	24,482	20,212	26,951	22,874	30,499
60-64歲	20,654	27,539	21,468	28,624	27,084	36,111	26,848	35,797
65-69歲	-	35,474	-	31,871	-	46,869	-	40,314
70-74歲	-	47,487	-	36,002	-	62,342	-	46,033
75歲	-	54,450	-	39,662	-	70,861	-	50,622

Yes858幫我保
傳真(02)3233-2264

富邦產險 Fubon Insurance

有關本公司資訊公開說明，歡迎利用網際網路至本公司網站 https://www.fubon.com/insurance/home/index.htm 查詢。
總公司：104 臺北市中山區遼寧街179 號 7~14 樓　免付費 24 小時服務（申訴）專線：0800-009-888
要保書文號：113.08.07 富保業字第 1130003271 號函送保險商品資料庫。
本保險為非保證續保之保險商品。

富邦產物健康保險要保書

□進件　□歸檔

保險單號碼				續保號碼		
（主）被保險人	姓名			身分證號碼		出生日期　年　月　日
	性別	□男　□女	婚姻	□已婚　□未婚	年齡	※以足歲計算，超過 6 個月加 1 歲
	公司名稱		工作內容		職稱	
	副業		職業代碼		國籍	□本國　□外國
	住所地址	□□□			E-MAIL	※數字 0 請以 ø 書寫
	電話	住宅：	公司：	分機：		手機：
要保人	□同（主）被保險人（可免填要保人相關欄位）		E-MAIL	※數字 0 請以 ø 書寫	電子保單	□本/續期電子保單 □本期紙本，續期電子保單
	姓名		身分證號碼/統一編號		出生日期	年　月　日	代表人姓名
							代表人身分證號碼
	住所（通訊）地址	□□□				與（主）被保險人關係
	電話	住宅：	公司：	分機：		手機：
保險期間	自民國　年　月　日零時起一年					
繳費方式	繳　別：	□A.年繳	□S.半年繳	□Q.季繳	□M.月繳	
	本　期：	□信用卡	□支票（限年繳）	□現金（限年繳）	□帳戶扣款（限年繳）	
	續　期：	□信用卡	□支票（限年繳）	□現金（限年繳）	□帳戶扣款（限年繳）（未勾選視同本期繳費方式）	
	※若富邦產物未通知同意續保，或續保及繳費約定附加條款選擇「不同意」時，雖於本項勾選，仍不生續保效力。					
續保及繳費約定	□同意附加　□不同意附加					

承保範圍					保險金額（NT$）	
					計畫 A	計畫 B
主計畫	1.	新初次罹患癌症特定治療費用健康保險	癌症達文西手術醫療費用保險金	約定三年期間累計最高給付	30 萬	50 萬
	2.		癌症標靶治療藥物費用保險金	約定三年期間累計最高給付	300 萬	500 萬

【加值方案】

承保範圍				方案一	方案二
加值方案	3.	個人初次罹患癌症健康保險甲型	初次罹患癌症保險金	30 萬	50 萬
	4.		初次罹患原位癌保險金	3 萬	5 萬
	5.		特定癌症增額保險金	6 萬	10 萬
	6.		癌症生活補助保險金	1.5 萬	2.5 萬

主計畫	投保計畫	□計畫 A (CH-168-000089)	□計畫 B (CH-168-000090)
主計畫 + 加值方案		□計畫 A+方案一 (CH-168-000091)	□計畫 B+方案二 (CH-168-000092)
健康保險每一期分期保險費（NT$）		年繳保費×繳別係數（月繳：0.088/季繳：0.262/半年繳：0.52）※誤差值以系統計算為主	
年繳總保險費（NT$）		元	※若繳別選擇非年繳者請勿填寫總保險費，以系統計算為主。

1-FH0C0805-0

印刷版-愛藥即時 2.0(113.08)

告知事項

■「被保險人告知事項」為保險人評估危險之依據，應由要保人與被保險人誠實告知，並親自填寫。依據保險法第六十四條規定，要保人或被保險人若因不誠實告知而影響保險人對危險之評估者，保險人得解除契約。保險事故發生後亦同。

主被保險人詳細工作內容：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿；主被保險人是否兼業？如是，兼業內容：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下列告知事項，是否有為“是”者 …… □是 □否

1. 過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？
高血壓症（指收縮壓 140mm 舒張壓 90mm 以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤、腦中風（腦出血、腦梗塞）、腦瘤、癲癇、智能障礙（外表無法明顯判斷者）、精神病、巴金森氏症、癌症（惡性腫瘤）、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病、酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、視網膜出血或剝離、視神經病變。

2. 目前身體機能是否有下列障害？失明、聾、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害、四肢機能障礙、四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。

以下告知事項於加保健康保險時告知：

3. 被保險人目前之身高＿＿＿＿cm，體重＿＿＿＿kg
4. 過去兩年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？（亦可提供檢查報告代替回答）
5. 最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？
6. 過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？高血壓症（指收縮壓 140mm 舒張壓 90mm 以上）、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤、腦中風（腦出血、腦梗塞）、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙（外表無法明顯判斷者）、巴金森氏症、精神病、肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核、肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常（ＧＰＴ、ＧＯＴ值超過 40u/L 以上）、腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞、視網膜剝離或出血、視神經病變、癌症（惡性腫瘤）、血友病、白血病、貧血（再生不良性貧血、地中海型貧血）、紫斑症、糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下、紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原。
7. 過去一年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？
酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎、肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸、慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞、痛風、高血脂症、青光眼、白內障。
8. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？
9. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？

婦女欄－被保險人為女性時，請回答以下問題：

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

上列各項若答『是』，請註明問題題號、原因、病名、治療期間、治療方式、治療結果及有無復發、醫院名稱、地點：

※要保人與被保險人聲明事項（本聲明事項僅針對投保健康險適用）

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

※被保險人非因約定之承保事故造成死亡時，本公司將按日數比例計算返還未滿期保險費。※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。

■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。

※被保險人若曾罹患原位癌，投保本公司個人初次罹患癌症健康保險，無論新/續保，本公司不負「初次罹患原位癌保險金」給付之責。
※被保險人於本保險契約生效日後九十日內所罹患之癌症或原位癌本公司不負理賠責任，但續保者不在此限。

※被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？	**□是 □否**
※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？（如勾選是者，請提供）	**□是 □否**
※被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？（如勾選是者，請提供相關證明文件）	**□是 □否**

※本人(要保人)已審閱　貴公司所提供之保險單條款　，並於下方欄位簽名。

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

※本人(要保人、被保險人) 於要保文件簽署前，已審閱並瞭解貴公司所提供之「要保書填寫說明」、「投保須知」及已履行個人資料保護法第八條第一項告知義務，並於要保人、被保險人欄位簽名。

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

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

要保日期：中華民國　　年　　月　　日

保單備註					
業務員／經辦欄					
招攬人員簽名		報備號碼		保單寄送方式	
登錄字號		索取英文投保證明	□是	□1. 核保取單 □2. 保單收據直寄 (上述寄送方式未勾選者，表示為核保取單)	
經辦代號（9 碼）		管理人+出單序號（10 碼）			
管理人姓名		保經、代公司簽章			
保經代單位名稱		保經代單位代號		流水編號	

----------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.簽章	□Y 是 □N			

0-FH0C0805-1

富邦產險

特別提醒事項聲明書

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

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

此致富邦產物保險股份有限公司

要保人簽章：_____法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____(註2)

被保險人簽章：_____法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____(註3)

業務員／保險經紀人（保險代理人）簽名：_____

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

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

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

中華民國　　年　　月　　日

富邦產險 Fubon Insurance

保險費信用卡簽帳單暨授權書

※經辦人員臨櫃繳費僅限本年度保單，續保及繳費約定方式變更請洽各單位作業科。

保單號碼	被保險人	繳款金額（簽帳金額）
		（非年繳者無需填寫）

信用卡種類	□VISA □MASTER □JCB	發卡銀行：	
持卡人姓名	（請以正楷填寫）	持卡人身分證字號：	
信用卡卡號	- - -	信用卡有效日期：20 年 月止	
持卡人電話	日間： 行動：	經辦：	電話：
持卡人關係（請擇一勾選）	□要保人 □被保險人	□本人 □配偶 □父母 □子女 □兄弟姐妹 □(外)祖孫 □負責人 □員工 （非本人時須檢附關係證明）	
	□身故保險金受益人 ※持卡人關係僅開放死亡保險適用「身故保險金受益人」，住宅火災及家庭綜合保險不開放「身故保險金受益人」。		

持卡人已詳閱下列注意事項，對簽帳單內容均已充分瞭解，並簽名如下以示同意：

(1)持卡人同意以信用卡支付上開簽帳金額予富邦產物保險股份有限公司(下稱本公司)，並保證所填資料均詳實無訛。

(2)為確保交易安全，持卡人同意本公司得就上述資料，向發卡行進行照會，如有冒用他信用卡或其他個人資料而為交易者，經查獲必究。

(3)扣款交易若未獲發卡機構核准，則本簽帳單自動失效，本公司得再行收費。

(4)持卡人同意本項交易日後若有退費，將退給要保人或被保險人。

(5)持卡人應依與發卡機構間約定之期限或金額繳款，否則會發生循環利息及相關費用。

(6)持卡人聲明完全知悉與要保人/被保險人關係，同意以信用卡支付上開簽帳內容予本公司並進行持卡人身分驗證，簽名以示同意。

(7)本公司基於繳納保險費之目的蒐集您的個人資料，該資料在前開蒐集目的存續期間及依令規定要求之期間內，僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內或上開業務之所在地區被處理及利用。基於個人資料保護法之規定，持卡人可以透過書面或致電0800-009-888行使查詢、閱覽、複製、補充更正、停止蒐集、處理或利用及刪除之權利。若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，本公司將無法提供您完善的保險服務。若您想進一步了解詳細資料，請至本公司官網(www.fubon.com)個人資料告知事項專區查詢。

(8)依「金融監督管理委員會 109 年 8 月 14 日金管保壽字第 1090425855號函」規定，以信用卡繳納保險費時限定持卡人與要保人或被保險人關係，如非要保人/ 被保險人/受益人，需檢附關係證明文件並送至本公司審核，持卡人關係僅限：

- 要保人/被保險人/受益人、要保人/被保險人/受益人之配偶、二親等血親內親屬-(外)祖父母/父母/兄弟姊妹/子女/(外)孫子女
- 持卡人為法人、法人負責人或該企業員工

(9)已完成信用卡身分驗證之發卡機構包括台北富邦銀行、國泰世華銀行、玉山銀行、中國信託銀行、花旗銀行等 5 家，其他可進行身分驗證之發卡機構請依聯信中心「信用卡輔助持卡人身分驗證平臺」公告為準，網址 https://www.nccc.com.tw/wps/wcm/connect/zh/home/BusinessOperations/CardBusiness/CardVerificationPlatform

*授權人簽名：_____ 務必簽名
（須與信用卡背面簽名樣式相同）

*要保人簽名：_____ 務必簽名
（須與要保書之簽名樣式相同）

《續保及繳費約定》信用卡授權書約定事項

□本期 □續期 □本期及續期（未勾選視為授權本期及續期）

一、本授權書所稱之「授權人」限要、被保險人本人及其配偶，及與要、被保險人本人二親等內之親屬(不含姻親)關係之人，但經要保人指定姓名之身故保險金受益人，亦得為授權人。

二、授權之效力

1.授權人應將本授權書送達富邦產險據以辦理自動扣繳付款作業。

2.本授權書因填寫內容不全、錯誤或其他原因致發卡機構無法辦理代收者，不發生授權效力。

3.有下列各款情形之一者，除本授權書另有約定外，本授權書之效力自該情形發生之日起終止：

(1) 授權人與發卡機構之本授權書所指定之信用卡契約終止時。(2)發卡機構不同意授權人依指定信用卡繳交保險費予富邦產險。

(3) 要保人以書面通知富邦產險終止授權。(4)授權人重新填具授權書變更本授權書內容時，本授權書效力自新授權書生效後，即行終止。

4.本授權書之效力包括本授權書所約定之保險單。連同本授權書繳交富邦產險之要保書於經富邦產險核保並產生保單號碼後，本授權書效力亦及於該保險單。若要保人於要保書勾選同意附加續保及繳費約定附加條款時，授權人同意富邦產險於要保書所列之各險種保險期間屆滿前七日，逕行以本授權書所載明之信用卡扣款。

三、授權之變更

1.簽訂本授權書後，如繳付保險費之「信用卡」卡號變更、停用或有效期限到期時，授權人應主動以書面通知富邦產險變更；如未通知變更而致遭發卡機構拒絕給付保險費時，依本授權書及指定保單之相關規定處理。但富邦產險自行簽約之指定發卡機構遇下列情形則不在此限：

(1) 更換信用卡新卡(如毀損、有效期間屆滿等情形)，而未更換信用卡卡號者，本授權書不因此而失其效力。

(2) 因授權代繳之信用卡升等、有效期限到期、遺失而換發新卡致信用卡卡號變更者，授權人同意由發卡機構通知富邦產險變更後之信用卡卡號或有效期限，且以換發後之信用卡付款，而無須另行簽訂授權書。前述授權事項之異動內容自富邦產險收到發卡機構通知且完成變更程序後取代原授權之約定。

2.如發卡機構與富邦產險間之契約已終止，或因其他任何事由不同意授權人依本授權書扣繳保費時，則該「指定保單」之收費方式將自動轉換為自行繳費或富邦產險指定之收費方式。

四、授權人如因指定發卡機構代收金額與應繳保險費金額不符時，或對保險費率計算、變動有異議者，除依本授權書終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力。

五、授權人指定之信用卡不因簽名樣式變更而致使本授權關係失其效力。

六、授權人應確實填寫本授權書各項事項，如有冒用他人帳戶使用者，須自負法律責任。

七、本保險費自動扣繳付款授權書約定事項如有未盡事宜，授權人及要保人或發卡機構得與富邦產險協商修訂之。

※如有授權續保及繳費約定者須簽名；簽名樣式請與信用卡相同 【授權人簽名】_____	【申請日期】 ____年____月____日	☑Y 信用卡展期註記

業務專用 請勿外傳