

○○產物海域活動綜合保險要保書

保險單號碼		報價單號碼				
(主) 被保險人	姓名	身分證號碼		出生日期	年 月 日	
	英文姓名	護照號碼				
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	年齡	※以足歲計算，超過6個月加1歲
	住所地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		E-MAIL	※數字0請以0書寫	
	電話	住宅：	公司：	分機：	手機：	
要保人	<input type="checkbox"/> 同(主)被保險人(可免填要保人相關欄位)		E-MAIL	※數字0請以0書寫		
	姓名	代表人	身分證號碼/ 統一編號	出生日期	年 月 日	
	住所(通訊)地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		與(主)被保險人關係		
	電話	住宅：	公司：	分機：	手機：	
身故受益人	姓名	身分證號碼/ 統一編號	與(主)被保險人關係	電話	住所(通訊)地址	
	未填寫則為法定繼承人					
	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。					
旅遊國家		台灣	海域活動	<input type="checkbox"/> 第1類：衝浪、浮潛以外之潛水活動、風浪板、滑水、水上摩托車、磯釣 <input type="checkbox"/> 第2類：游泳、拖曳傘、獨木舟、泛舟艇、香蕉船、橡皮艇、拖曳浮胎、水上腳踏車、手划船、立式划槳、或其他第1類以外之活動 <small>*依實際從事活動勾選</small>		
保險期間	自民國 年 月 日 時計 天(最長30天為限)					
繳費方式	<input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 現金					

承保項目		保險金額 (NT\$)
****	海域活動死亡及失能保險	
****	海域活動失能保險 (未滿15足歲適用)	
****	海域活動醫療保險(實支實付型)	保期內最高限額
****	海域活動緊急救援費用保險	保期內最高限額
總投保人數：_____人 (主)被保險人總保險費 (NT\$)：_____元 合計總保險費 (NT\$)：_____元		

※被保險人目前是否有在其他保險公司投保商業傷害醫療保險給付實支實付型之商品？ 是 否

※被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? 是 否 (如勾選是者，請提供相關證明文件)

※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。

(主)被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____ (未滿7足歲由法定代理人代簽) ((主)被保險人未滿20足歲者須加簽)

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____ (要保人未滿20足歲者須加簽)

要保日期：中華民國 年 月 日

※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。

■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。

■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。

保單備註		業務員／經辦欄		
業務員簽名	報備號碼		保單寄送方式	
登錄字號	索取英文投保證明	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 1. 核保取單 <input type="checkbox"/> 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	保經代簽署欄			

-----以下為○○產險紀錄欄，不屬於要保書範圍-----

○○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	<input type="checkbox"/> Y 是	2.簽署章			

○○○產物海域活動綜合保險被保險人名冊

序號		被保險人		身故保險金受益人(※未填寫則為法定繼承人)					受益人超過1人時請詳述保險金分配及順序方式,若無註明則以均分辦理	
中文姓名/簽名 <small>※未滿7足歲由法定代理人代簽</small>	出生日期	身分證號碼	是否有在其他保險公司投保實支實付型之商品 (被保險人目前是否受有,監護宣告? (如為選定者,請提供相關證明文件))	序號	姓名	身分證號碼/ 統一編號	與被保險人關係	電話	住所(通訊)地址	
英文姓名	護照號碼	身分證號碼							※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	
同首頁(主)被保險人										
1.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.						
2.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2.						
3.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.						
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2.						
4.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.						
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2.						
5.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.						
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2.						
6.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.						
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2.						
7.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.						
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2.						
8.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1.						
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2.						