

**富邦產物特定活動綜合保險要保書**

進件  歸檔

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
	英文姓名	護照號碼	
	性別	國籍	年齡
	住所地址	E-MAIL	
	電話	住宅： 公司： 分機：	手機：
要保人	<input checked="" type="checkbox"/> 同(主)被保險人 (可免填要保人相關欄位)	電子保單 <input type="checkbox"/> 本人同意設定電子保單，且不寄送實體保單	E-MAIL
	姓名	代表人	身分證號碼/ 統一編號
	住所(通訊)地址		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
	1		
	2		
	3		
旅遊國家	旅遊國家一	旅遊國家二	旅遊國家三
特定活動	<input checked="" type="checkbox"/> 第1類：滑翔傘(翼)、飛行傘、拖曳傘、高空跳傘、攀岩/冰、馬術、武術比賽、潛水 <input type="checkbox"/> 第2類：從事露營、自行車、路跑、健行以及其他第1類以外之活動		
保險期間	自民國 108 年 11 月 11 日 07 時 00 分 至民國 108 年 11 月 12 日		
繳費方式	<input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 支票		

承保範圍	保險金額 (NT\$)		
	(CT-B06-000001) (未滿15足歲)	(CT-B06-000002) (限15歲以上-80歲以下)	(CT-B06-000003) (限15歲以上-75歲以下)
組合	1	2	3
T064 特定活動保險-身故及失能	—	100 萬	200 萬
T065 特定活動保險-失能	200 萬	—	—
T066 實支實付醫療保險金	20 萬	10 萬	20 萬
T067 緊急救援費用	10 萬	10 萬	10 萬

※如超過專案保額，請洽本公司服務人員規劃之

總投保人數：10 人 (主) 被保險人投保組合：2  
 (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)  
 ※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  
 ※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：王大明 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：王大明 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 1-FT0C0196-0

下載版-特定活動綜合保險(107.09)



**富邦產物特定活動綜合保險要保書**

進件  歸檔

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
	英文姓名	護照號碼	
	性別	國籍	年齡
	住所地址	E-MAIL	
	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)		電子保單 <input type="checkbox"/> 本人同意設定電子保單，且不寄送實體保單
	姓名	身分證號碼/ 統一編號	出生日期
	住所(通訊)地址	與(主)被保險人關係	
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	
	1		
	2		
旅遊國家	旅遊國家一	旅遊國家二	旅遊國家三
特定活動	<input type="checkbox"/> 第1類：滑翔傘(翼)、飛行傘、拖曳傘、高空跳傘、攀岩/冰、馬術、武術比賽、潛水		
保險期間	自民國 108 年 11 月 11 日 0) 時 00 分 至民國 108 年 11 月 12 日		
繳費方式	<input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 支票		

承保範圍	保險金額 (NT\$)		
	(CT-B06-000001) (未滿15足歲)	(CT-B06-000002) (限15歲以上-80歲以下)	(CT-B06-000003) (限15歲以上-75歲以下)
組合	1	2	3
T064 特定活動保險-身故及失能	—	100 萬	200 萬
T065 特定活動保險-失能	200 萬	—	—
T066 實支實付醫療保險金	20 萬	10 萬	20 萬
T067 緊急救援費用	10 萬	10 萬	10 萬

※如超過專案保額，請洽本公司服務人員規劃之

總投保人數：10人 (主)被保險人投保組合：1  
 (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)  
 ※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  
 ※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：周小華 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：父或母 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 1-FT0C0196-0

下載版-特定活動綜合保險(107.09)

