

富邦人壽

富邦人壽保險股份有限公司

保險費收據



* 0 1 0 7 0 0 0 7 0 0 5 *

保險單號碼: 9101EN4760

收據號碼: EN4760

要保人/要保單位: 社團法人台北市自閉症家長協會		被保險人: 社團法人台北市自閉症家長協會	
保險種類	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 旅行平安保險(TA) [20]	<input type="checkbox"/> 2. 一年期商品(MG) [首21/續22]	
	<input type="checkbox"/> 3. 一年期定期團體保險小團保(CB) [23]		
	<input type="checkbox"/> 4. 新學生暨教職員團體傷害保險(CPI) [24]		
	<input type="checkbox"/> 5. 其他產品名稱及代號 ()		
	團體險保費分擔比率: 公司負擔 _____ % 員工負擔 _____ % 繳別: _____ 繳		
繳費內容	現金: 2550 轉匯款: 【限NT\$20,000元】	客戶: 自行匯款:	票據: 金額: _____ 元
支票內容	日期: _____ 銀行: _____ 分行: _____ 票號: _____ 帳號: _____		
實收保險費	新台幣: 壹拾壹萬貳仟伍佰伍拾元整		
繳費日期	民國 106 年 7 月 13 日 16 時(請填24時制) 【旅行平安險繳費日期不可晚於保險期間起日】		
總經理		業務員名: 莊揚崇	單位: TP-10 代號: 0004400384

新保 應繳日期: _____
 續期 製表日期: _____
 加保 續保日期: _____
 續保
 補繳
 換單(收據), 請填原收據號碼:

注意事項

(一) 本收據一切記載事項不得塗改, 且需由本公司業務員親自簽名, 否則無效。

(二) 如以支票繳納時, 請劃線並指定本公司為收款人, 倘該支票不獲兌現時, 則本保險自始無效。

(三) 本保險契約如本公司不同意承保, 則無息退還本保險費, 並應同時繳回本收據註銷之。

第一聯由要保人/要保單位繳費後收執

- * 請要保人/要保單位妥善保管此保險費收據第一聯(紅聯), 以利報稅使用。
- * 現金轉匯款指客戶交付現金由業務人員代為匯款, 當期保費若超過新台幣二萬元以上, 本公司一律不收現金。
- * 倘投保旅行平安保險, 收據號碼含英文字母共6碼請填寫於要保書右上角保單號碼處。
- * 實收保險費金額請填大寫字體(EX: 零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖)。
- * 本收據單冊編號為 763953, 限於 106. 9. 22 前簽發, 逾期自動失效, 請即換發新冊使用。
- * 本收據不得影印使用。

M0500063 106.01

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-EN4760

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： 77120643	要保人/單位 Applicant 社團法人台北市有閑遊家協會 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 checked="" type="checkbox"/> 員工或成員 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 學校或學生
地址 Address 台北延平北路四段115號	國籍 Citizenship R.O.C	電話 Tel 2595-3937
保險期間：自民國 106 年 7 月 15 日 0 時 0 分起共計 2 天(一日以24小時計算) Insured Period (Year) (Month) (Date) (Time) (Minutes) Total Days	申請日期：106年7月13日 下午 4時0分 Application Date	
旅行地點 Visiting Place 台灣	投保總人數： Total of Insured 85 人	ADD 總投保保險金額： Total Insurance Amt. 5490 萬元
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： Premium \$ 2550.-

■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。
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
現金轉匯款
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。.....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)			張揚常 TP>10 0084400384 0933195212

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 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)				保險費 Premium		
				保險商品	ADD	MR	OHS1 適用OTA1		OHS 適用OTA	
1	滿15歲以上計2人			未滿15歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	-	-	元
				足歲	<input type="checkbox"/> OTA1	萬元		<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% (請擇一勾選)		
				未滿15歲	<input checked="" type="checkbox"/> TA	60 萬元	萬元	-	-	
				足歲	<input checked="" type="checkbox"/> OTA1	60 萬元		10%		
身故保險金受益人資料(註2)								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		
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						
2	未滿15歲計3人			未滿15歲	<input checked="" type="checkbox"/> TA	190 萬元	19 萬元	-	-	元
				足歲	<input type="checkbox"/> OTA1	萬元		<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 30% (請擇一勾選)		
				未滿15歲	<input type="checkbox"/> TA	萬元	萬元	-	-	
				足歲	<input type="checkbox"/> OTA1	萬元		10%		
身故保險金受益人資料(註2)								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		
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						

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給付限額為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	助理受理 Reception (請打上受理時間)	審核 Underwriting
---------------	--	-----------------------------	-----------------

費率別：
個人費率
旅行社費率
第二聯：由保戶收執