

富邦人壽好利年年利率變動型年金保險要保書

文號：99.04.13 富壽商品字第 099070 號函備查

■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。

■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，並把握保單契約撤銷之時效（收到保單翌日起算十日內）。

■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。

*要保人及被保險人填寫本要保書時，可依要保書之問項序列參考「要保書填寫說明」。

被保險人	姓 名	身分證號碼 (統一證號)										性別	☐ 1.男 ☐ 2.女	婚姻 狀況	☐ 1.已婚 ☐ 2.單身
	出生日期	民國 年 月 日 歲 (以足歲計算。超過六個月加一歲)													
	住 所	電話：_____ 郵遞區號													
要保人	☐ 同被保險人 (可僅填 E-Mail)														
	姓 名	身分證號碼 (統一證號)										婚姻 狀況	☐ 1.已婚 ☐ 2.單身		
	出生日期	民國 年 月 日 歲										與被保險人關係			
	住 所	電話：_____ 行動電話：_____ E-Mail：_____ ☐ 同被保險人住所 (關於本保險契約所有往來文件之送達，均以要保人住所為準，如有變更，要保人應以書面通知本公司。) 郵遞區號													
年金保單價值準備金通知方式 (若未選擇，則郵寄至要保人住所)： ☐ 1.郵寄至要保人住所 ☐ 2.傳送至要保人 E-Mail (請同時填寫要保人 E-Mail) ☐ 4.郵寄至要保人住所並傳送至要保人 E-Mail (請同時填寫要保人 E-Mail)															
年金給付方式		☐ A.年給付 ☐ S.半年給付 ☐ Q.季給付 ☐ M.月給付													
年金給付開始日		須於第五保單年度屆滿後之任一特定日，若無填寫以被保險人保險年齡達 70 歲之保單週年日為年金給付開始日													
		民國 年 月 日													
保證期間		☐ 10 年 ☐ 15 年 ☐ 20 年													
受 益 人	年金給付開始日後之 身故受益人	若未指定受益人，則以被保險人之法定繼承人為此項保險金受益人，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定；受益人經指定為法定繼承人者，亦同。 姓名 / ID：										與被保險人關係：		☐ 1.均分 ☐ 2.順位-依序號決定受益順位 ☐ 3.比例-請註明比例	
	被保險人生存時之 年金受益人	被保險人本人													
投 保 內 容															
富邦人壽好利年年利率變動型年金保險 (甲型) (SACA)															
保 險 費															
元															
繳 別		☐ A.年繳 ☐ S.半年繳 ☐ Q.季繳 ☐ M.月繳 ☐ D.彈性繳													
繳 費 方 式	首期保費	☐ 2.匯款													
	續期保費	☐ 3.轉帳 (請填寫「保險費【金融機構】自動轉帳付款授權書」) ☐ 6.郵政劃撥 (限彈性繳勾選)													

■附加費用與解約費用計算基礎請詳各商品「特性摘要說明」及「保險單條款樣本」。

■要保人與被保險人聲明事項

1.本人 (被保險人) 同意富邦人壽將本要保書上所载本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。

2.本人 (被保險人、要保人) 同意富邦人壽得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。

■是否已收訖本要保書之各項保險契約條款樣本或影本、「特性摘要說明」及已審閱「年金保險投保人須知」、「要保書填寫說明」。.....☐是

申 請 日 期	要保人簽名 (請親自簽名)	被保險人簽名 (請親自簽名)	法定代理人簽名 (請親自簽名)
中華民國 年 月 日			(與要保人或被保險人關係：_____) 要 / 被保險人未滿 20 足歲，需其法定代理人簽名
未滿 7 歲者，由法定代理人代簽		未滿 7 歲者，由法定代理人代簽	



單位代號	業務員欄	行政助理欄	單位主管簽章
	業 務 員 簽 名 : 身 分 證 號 碼 : 員 工 編 號 : 連 絡 電 話 / 手 機 :		
■保單遞送方式： ☐ 1.由業務員轉交 ☐ 2.寄送要保人住所地址（如未選擇，則以 2.寄送要保人住所地址）			
富邦人壽欄	公司受理欄	輸入人員欄	核保人員欄
			99 年 04 月版



U W B 1 5 0