



A21211201

查閱本公司資訊公開說明文件網址：[www.cathay-ins.com.tw](http://www.cathay-ins.com.tw)

國泰產物個人保險要保書 112.05.23 國產精字第1120500014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保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業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。

受理編號：01112326

保險單號碼		字第	號(本公司填)	<input type="checkbox"/> 1.新保 <input type="checkbox"/> 2.續保，原保單號碼：		
要保人	姓名或名稱					
	身分證字號或統一編號			要保單位負責(代表)人		
	出生日期	民國	年	月	日(年齡： ) 性別 1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女	
	關係	被保險人之： <input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.配偶 <input type="checkbox"/> 3.父母 <input type="checkbox"/> 4.子女 <input type="checkbox"/> 5.僱傭 <input type="checkbox"/> 6.其他 _____				
	聯絡電話	電話：( )	分機	手機：		
	住所(通訊處)	[ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ]				
電子信箱	保單型式(擇一)： <input type="checkbox"/> 1.電子保單 <input type="checkbox"/> 2.紙本保單+電子條款 <input type="checkbox"/> 3.紙本保單+紙本條款 * 選電子保單者，手機必填；非電子保單者，手機及電子信箱請擇一填寫。 * 選紙本保單+電子條款者可掃描QR Code下載保單及條款或至保險事業發展中心網站查詢。 * 若均未勾選者視同選紙本保單+紙本條款。					
被保險人	姓名					
	身分證字號			性別	1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女	
	出生日期	<input type="checkbox"/> 同要保人	民國	年	月	日(年齡： )
	聯絡電話	電話：( )	分機	手機： (必填)		
	住所(通訊處)	[ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ]				
	工作內容			兼職 (未勾視為無兼職)	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，內容：	
	服務單位	名稱			職業代碼	
	營業內容			危險分類	(本公司填)	
被保險人是否有受監護宣告 (請勾選，若未勾選者，視為無監護宣告)			<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，請提供相關證明文件。			
被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明 (請勾選，若未勾選者，視為無身心障礙)			<input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，請提供手冊或證明。			
身故受益人	<input type="checkbox"/> 1.法定繼承人 指定： <input type="checkbox"/> 2.一人 <input type="checkbox"/> 3.順位 <input type="checkbox"/> 4.比例 (勾選2~4者，請續填下欄)					
	受益人姓名	關係(為被保險人之)	順位	比例%	通訊處※未填寫者，視為同要保人資料	
		<input type="checkbox"/> 1.配偶 <input type="checkbox"/> 2.父母 <input type="checkbox"/> 3.子女 <input type="checkbox"/> 4.兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 5.其他 _____			電話：( ) 分機 手機： 地址： [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ]	
		<input type="checkbox"/> 1.配偶 <input type="checkbox"/> 2.父母 <input type="checkbox"/> 3.子女 <input type="checkbox"/> 4.兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 5.其他 _____			電話：( ) 分機 手機： 地址： [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ]	



A21311201

保險期間	最高12個月，自民國 年 月 日 24時起至民國 年 月 日 24時止						
繳費方式 (擇一)	1. 信用卡授權扣款 - <input type="checkbox"/> a含本次及未來續保 <input type="checkbox"/> b僅限本次(續期須重新填寫)；請另填授權書。 2. 現金、支票或匯款 - <input type="checkbox"/>						
英文投保證明 類	<input type="checkbox"/> 1.一般 <input type="checkbox"/> 2.歐洲申根。英文姓名：_____；護照號碼：_____。						
遊學/打工地點	<input type="checkbox"/> 1.中國大陸 <input type="checkbox"/> 2.東南亞 <input type="checkbox"/> 3.日本 <input type="checkbox"/> 4.歐洲-申根簽證地區 <input type="checkbox"/> 5.歐洲-其他地區 <input type="checkbox"/> 6.美加 <input type="checkbox"/> 7.紐澳 <input type="checkbox"/> 8.其他：_____						
保障項目/計畫型別		海外遊學/打工保障				申根地區建議保障	
		D52	D53	D54	D55	D56	D57
傷害保險	一般意外身故與失能保險金	300萬元	300萬元	500萬元	500萬元	500萬元	1,000萬元
海外傷害 醫療保險	海外實支實付型傷害醫療保險金(限額)	-	30萬元	-	50萬元	120萬元	150萬元
	海外重大燒燙傷保險金(定額)	50萬元	50萬元	50萬元	50萬元	50萬元	75萬元
海外突發 疾病醫療 健康保險 (甲型) (不含法定 傳染病)	海外突發疾病住院醫療保險金(甲型)(限額)	100萬元	100萬元	100萬元	100萬元	100萬元	150萬元
	海外突發疾病門診醫療保險金(甲型)(限額)	5,000元	5,000元	5,000元	5,000元	5,000元	7,500元
	海外突發疾病急診醫療保險金(甲型)(限額)	1萬元	1萬元	1萬元	1萬元	1萬元	1.5萬元
海外急難 救助保險	未成年子女送回費用、親友前往探視或處理善後所需之費用、醫療轉送費用、遺體運送費用、搜索救助費用(限額)	100萬元	100萬元	150萬元	150萬元	300萬元	300萬元
海外 第三人 責任保險	每一意外事故體傷責任保險金(限額)	90萬元	90萬元	90萬元	90萬元	90萬元	90萬元
	每一意外事故財損責任保險金(限額)	10萬元	10萬元	10萬元	10萬元	10萬元	10萬元
	保險期間內最高賠償金額 (每一事故自負額2,500元)	100萬元	100萬元	100萬元	100萬元	100萬元	100萬元
參考 保費	年齡：15足歲~50歲	5,890元	6,724元	7,683元	8,589元	8,941元	14,626元
投保計畫 (請填型別)	核定保費 (新台幣元)		本保險適用「國泰產物個人續保附加條款(甲型)」，到期前依本公司出具之同意續保通知書繳交保費後，本公司得繼續承保並製發保單暨收據。				
<b>要(被)保人聲明事項</b>							
<p>一、本人(被保險人)同意國泰產險得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。</p> <p>二、本人(被保險人、要保人)同意國泰產險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。</p> <p>三、本人(被保險人、要保人)同意國泰產險就本人之個人資料，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。</p> <p>四、本人已審閱並了解貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。</p>							
<b>※本商品為非保證續保之健康保險。</b>							
<b>※本要保書書面詢問之告知事項係本人(被保險人、要保人)親自填寫，均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事；如有隱匿或不實之說明，國泰產險得依保險法第六十四條解除本契約，保險事故發生後亦同。</b>							
<b>※本人於填寫要保書時，已審閱國泰產險所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」。</b>							
<b>※「國泰產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」(92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准(公會版)、107.08.01 依金融監督管理委員會 107.06.07 金管保壽字第10704158370號函修正)內容約定最高給付金額為新台幣200萬。</b>							
<b>※被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將依各該契約條款之約定退還未到期保險費予要保人。</b>							
<b>※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，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。</b>							
<b>※本商品含有人身保險，投保前本人已審慎瞭解本商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。</b>							



A14111101

## 要 ( 被 ) 保人告知事項

1.被保險人：身高 <input type="text"/> 公分，體重 <input type="text"/> 公斤	是	否
2.最近二個月是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.過去二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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.女性被保險人回答：		
(1)是否已確知懷孕？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)如是，已經幾週？		
※被保險人現在及過去之健康情形若有上列2-4項所述的情況，請詳填：		
●病名 ( 外傷者，含受傷部位 ) ●就診醫院 ●就診大約期間 ●診療過程 ( 門診或住院 ) ●有無手術 ●有無後遺症		
<hr/>		
<hr/>		

要保人簽名： \_\_\_\_\_ 被保險人親自簽名： \_\_\_\_\_ 法定代理人/監護人簽名： \_\_\_\_\_  
(未滿七歲者由法定代理人代簽) (要、被保險人未成年者或受監護宣告者)

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (未填寫視為本公司受理日)

國泰產險內部專用	核保	產險業務員： _____ (親簽)	保經代通路專用	保經代簽署章	保經代業務員： _____ (親簽)
		產險業務員證號： _____			保經代業務員證號： _____
		轄區代號： _____ 換P、C: <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否			保經代代號： _____ 分支名稱及代碼： _____
	經辦	業務來源代號： _____			保經代受理編號： _____
		通路別： _____			產險服務人員證號： _____
	備註： _____			業務來源： _____ 轄區： _____	



國泰產險 個人健康、傷害險 業務員報告書暨保單適合度分析表



U00110902

轄區	被保險人姓名	身分證字號	
1~15 題為 必填	1.要保人與被保險人關係(要保人為被保險人之): <input type="checkbox"/> ①本人、配偶、子女、父母 <input type="checkbox"/> ②僱傭 <input type="checkbox"/> ③其他		
	2.受益人與被保險人關係: <input type="checkbox"/> ①法定繼承人(其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定) <input type="checkbox"/> ②兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> ③其他。原因: _____		
	3.被保險人或家中主要經濟者之財務狀況: 家中主要經濟者姓名: _____ 職業(可加填): _____		
	(1)為被保險人之: <input type="checkbox"/> ①本人 <input type="checkbox"/> ②配偶 <input type="checkbox"/> ③父母 <input type="checkbox"/> ④子女 <input type="checkbox"/> ⑤其他		
	(2)年收入與其他收入: <input type="checkbox"/> ①25萬以下 <input type="checkbox"/> ②26~50萬 <input type="checkbox"/> ③51~75萬 <input type="checkbox"/> ④76~100萬 <input type="checkbox"/> ⑤101~125萬 <input type="checkbox"/> ⑥126萬以上		
	(3)財務與資產狀況: <input type="checkbox"/> ①25萬以下 <input type="checkbox"/> ②26~50萬 <input type="checkbox"/> ③51~75萬 <input type="checkbox"/> ④76~100萬 <input type="checkbox"/> ⑤101~125萬 <input type="checkbox"/> ⑥126萬以上		
	4.投保目的與需求: <input type="checkbox"/> ①增加保障 <input type="checkbox"/> ②風險移轉 <input type="checkbox"/> ③法令需求保障 <input type="checkbox"/> ④留/遊學 <input type="checkbox"/> ⑤其他		
	5.招攬經過: <input type="checkbox"/> ①招攬投保 <input type="checkbox"/> ②職域開拓 <input type="checkbox"/> ③親友介紹 <input type="checkbox"/> ④陌生拜訪 <input type="checkbox"/> ⑤主動投保 <input type="checkbox"/> ⑥其他		
	6.是否為轉介紹件: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(轉介紹人姓名: _____ 其與要/被保險人關係: _____)		
	7.要/被保險人是否投保(或正在投保)其他商業保險: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是。公司名稱: _____		
	8.您認識被保險人多久: <input type="checkbox"/> ①2個月內 <input type="checkbox"/> ②6個月內 <input type="checkbox"/> ③6個月~1年 <input type="checkbox"/> ④1~2年 <input type="checkbox"/> ⑤2年以上		
	9.是否親見要/被保險人皆親自簽名: <input type="checkbox"/> ①是 <input type="checkbox"/> ②否(原因: _____)		
	10.要/被保險人是現任(或曾任)國內外政府或國際組織重要政治性職務人士: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(職務: _____)		
	11.過去一年內要保人居住於中華民國境外超過半年以上(要保人為法人免填): <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(居住國家: _____)		
	12.要保人是否對於保障內容完全不關心,或僅關注解約或變更受益人等程序: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(請說明: _____)		
13.要/被保險人於本次投保前的三個月內是否曾辦理解約、終止契約、貸款或保單借款: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是			
14.要/被保險人是否以解約、終止契約、貸款或保單借款來繳交本次保費: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是			
15.要/被保險人是否為專業客戶: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是 ※專業客戶係指符合以下條件之一者: (1)依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構: 國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構; 國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產; 其他經主管機關認定之機構。 (2)要保人或被保險人為法人,接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五千萬元以上。			
投保 健康 險者 加填 16~18 題	16.生活習慣: (1)飲酒: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(酒名: _____; 每日約 _____ 瓶) (2)吸煙: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(每日約 _____ 包)		
	(3)嚼檳榔: <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是(每日約 _____ 顆)		
	17.家族病史: 被保險人 <input type="checkbox"/> ①父母 <input type="checkbox"/> ②子女 <input type="checkbox"/> ③兄弟姐妹 是否於 50 歲前罹患下列疾病? <input type="checkbox"/> ①否 <input type="checkbox"/> ②是 ( <input type="checkbox"/> ①糖尿病 <input type="checkbox"/> ②腦中風 <input type="checkbox"/> ③肝癌 <input type="checkbox"/> ④高血壓 <input type="checkbox"/> ⑤大腸癌 <input type="checkbox"/> ⑥乳癌)		
18.現症及既往症: <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有。詳細狀況: _____			
客 戶 風 險 屬 性 評 估	要保人 <input type="checkbox"/> ①自然人 <input type="checkbox"/> ②法人		
	1.職業: <input type="checkbox"/> ①一般職業(非*註一職業) <input type="checkbox"/> ②其他: (*註一)職業代號(必填) _____ (*註二)職稱代號(必填) _____		
	2.國籍: <input type="checkbox"/> ①中華民國籍 <input type="checkbox"/> ②其他: 國名(必填)		
	1.行 業: <input type="checkbox"/> ①一般行業 <input type="checkbox"/> ②(*註一)職業代號(必填)		
	2.設 立 時 間: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	3.註 冊 地: <input type="checkbox"/> ①台澎金馬 <input type="checkbox"/> ②其他(國名)		
	4.總公司所在地: <input type="checkbox"/> ①台澎金馬 <input type="checkbox"/> ②其他(國名)		
	5.法人存在證明檢視: <input type="checkbox"/> ①經濟部商業司工商登記查詢 <input type="checkbox"/> ②出示營利事業登記證 <input type="checkbox"/> ③其他證明		
	6.法人發行無記名股票狀態: <input type="checkbox"/> ①不得發行(如金融保險業、公司制證券交易所、民用航空股份有限公司、其他非屬股份有限公司型態或公司章程未記載得發行者) <input type="checkbox"/> ②公司章程經記載得發行但未發行 <input type="checkbox"/> ③已發行無記名股票		
	1.職業: <input type="checkbox"/> ①一般職業(非*註一職業) <input type="checkbox"/> ②其他: (*註一)職業代號(必填) _____ (*註二)職稱代號(必填) _____		
2.國籍: <input type="checkbox"/> ①中華民國籍 <input type="checkbox"/> ②其他: 國名(必填)			
*註一: 職業代號	J010 律師、會計師、公證人,或其合夥人或受僱人 J040 當舖業、融資從業人員 J070 基金會、協會/寺廟、教會從業人員 J100 外交人員、大使館、辦事處	J020 軍火商 J050 寶石及貴金屬交易商 J080 博奕產業/公司 J110 虛擬貨幣的發行者或交易商	J030 不動產經紀人 J060 藝術品/貴重交易商、拍賣公司 J090 匯款公司、外幣兌換所
*註二: 職稱代號	T010 一般職員 T040 副總經理 T070 財務主管(含外國企業在本地所設分公司之財務主管) T090 有權代表公司簽署人員	T020 單位主管(不含財務單位) T050 企業負責人 T080 總經理/執行長(含外國企業在本地所設分公司之 General Manager) T100 院長	T030 協理 T060 董事、監察人 T110 校長
業務員 聲明 事項	※要保書被保險人姓名、身分證號、生日、職業及告知事項, 確經本人當面向其說明並核對身分證件, 且由要、被保險人親自填寫要保書及簽名無誤。 ※本人確無推介保戶申辦貸款並支領報酬, 或建議保戶以解約、終止契約、貸款或保單借款來繳交保費之情事。 ※本人已瞭解要保人及被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可可資傳遞電子文件之聯絡方式(選擇以電子保單型式出單者適用)。 ※本人向要、被保險人招攬時, 已評估過其收入、財務狀況、職業與保險費負擔能力及保險金額相當性, 要保人確已瞭解其所繳保費係用以購買保險商品, 並於面見要、被保險人後作成本業務員報告書暨保險單適合度分析表, 如有不實致國泰產險受損害時, 願負賠償責任, 特此聲明。 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (未填寫視為本公司受理日)		
國泰產險 內部用	產險業務員親簽: _____ 產險業務員證號: _____ 直接通路服務員親簽: _____ 手 機 號 碼: _____	保經代簽署章	保經代業務員親簽: _____ 保經代業務員證號: _____ 手 機 號 碼: _____



# 國泰世紀產物保險股份有限公司

## 信用卡簽帳單 (保險費專用)

本信用卡無法指定請款日，故若欲參加各發卡銀行所舉辦之活動，請勿使用本信用卡簽帳單刷卡繳費。

信用卡種類	<input type="checkbox"/> VISA CARD <input type="checkbox"/> MASTER CARD <input type="checkbox"/> JCB CARD <input type="checkbox"/> _____	發卡銀行									
卡號						有效日期	(迄) ____ 月 20 ____ 年止				
聯絡電話	(請務必填寫)					身份證號碼					
持卡人姓名	(請用正楷填寫)					與要、被保險人關係欄位	<input type="checkbox"/> 要保人本人 <input type="checkbox"/> 被保險人本人 (以下非要、被保險人需檢附相關證明文件) <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母、子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> (外)祖父母、(外)孫子女 <input type="checkbox"/> 法人負責人 <input type="checkbox"/> 企業員工				
持卡人親自簽名	(需與信用卡上簽字相同)										
要保人/被保險人	保(批)單號碼/交易序號 /銷帳號碼 / 進件編號					保 險 費					
						拾	萬	仟	佰	拾	元
共計 _____ 件， 簽帳總金額 NT\$											

- 註：1. 持卡人同意以信用卡支付上開保險費金額予國泰世紀產物保險股份有限公司並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。  
 2. 本項交易若未獲發卡機構核准，則本信用卡簽帳單自動失效，本公司得向要保人重行收費。  
 3. 依洗錢防制法之規定，信用卡簽帳單之填寫須確認繳款人資訊，上述填寫持卡人與要被保人關係僅限一樣態，若多筆保單多樣關係者，請分別填寫簽帳單。  
 4. 尚未與聯合信用卡處理中心提供之「信用卡輔助持卡人身分驗證平台」建立身分驗證機制的發卡機構或無法使用該平台驗證身分的信用卡(例如國外卡)，恕無法使用。  
 5. 中華郵政發行之 VISA 金融卡，需向中華郵政申請「非過卡交易」功能才能繳費。  
 6. 持卡人已詳閱「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定範圍內有對本人之個人資料為蒐集、處理及利用之權利。

要保人簽章：\_\_\_\_\_ (需與要保書簽字相同)

經手人/保單服務人員簽名：\_\_\_\_\_ (本簽帳單填寫資料均由經手人/保單服務人員審核確認無誤)

## 群益保險經紀人履行個人資料保護法 蒐集、處理及利用個人資料告知書

群益保險經紀人股份有限公司(下稱本公司)、合作推廣您的保險契約之群益金鼎證券股份有限公司、及承保之保險公司依據個人資料保護法(以下稱個資法)第8條第1項或第9條第1項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

**一、蒐集之目的:**

- (一) 保險經紀。
- (二) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。

**二、蒐集之個人資料類別:**

- (一) 識別類(例如姓名、性別、出生年月日、本籍、住址、電話、身分證統一編號)。
- (二) 特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。
- (三) 保險契約所需填載及保險契約變更申請所需填載之其他必要事項。

**三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形)**

- (一) 要保人/被保險人。
- (二) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。
- (三) 當事人之法定代理人、輔助人。
- (四) 各醫療院所。
- (五) 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

**四、個人資料利用之期間、地區、對象、方式:**

- (一) 期間:因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象:本公司、合作推廣您的保險契約之群益金鼎證券股份有限公司、承保之保險公司、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人金融消費評議中心、業務委外機構、依法有調查權機關或金融監理機關。
- (三) 地區:上述對象所在之地區。
- (四) 方式:合於法令規定之利用方式。

**五、依據個資法第3條規定, 台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:**

- (一) 得向本公司行使之權利:
  - 1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
  - 2. 向本公司請求補充或更正。
  - 3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二) 行使權利之方式:書面。
- (三) 上述權利行使如有任何疑義,請撥本公司(02)8789-6777洽詢。

**六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用):**

台端若未能提供相關個人資料時,本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此將婉謝、延遲或無法提供相關服務。

新契約、契約變更專用欄		理賠專用欄:(申請理賠者填寫)		法定代理人/ 監護人簽名	日 期
要保人簽名	被保人簽名	受益人(一)簽名	受益人(二)簽名		
					年 月 日

(未滿7足歲或無行為能力者,由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名;7歲(含)以上未滿18足歲者,由本人及法定代理人簽名。)

本公司履行上開告知義務,不限取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力。

### 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

群益保險經紀人股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定,就台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用,將於本公司為 台端辦理人身保險業務有關之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理,及為本公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若無法取得 台端同意蒐集、處理及利用前述資料,本公司將可能無法提供台端相關人身保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人),已瞭解上述說明,並同意本公司於符合相關法令規範範圍內為蒐集、處理及利用 台端病歷、醫療及健康檢查等個人資料,以及將上開資料轉送與本公司有業務往來之保險業辦理保險相關業務之權利。立同意書人併此聲明,此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

新契約、契約變更、理賠		
被保險人簽名	法定代理人/監護人簽名	日 期
		年 月 日

(未滿7足歲或無行為能力者,由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名;7歲(含)以上未滿18足歲者,由本人及法定代理人簽名。)

此致 群益保險經紀人股份有限公司

**【人身保險商品】書面分析報告**

基本資料			
要保人(或法人)		被保險人 <input type="checkbox"/> 同要保人	
姓名(或法人名稱)		姓名(或代表人)	
出生日期(法人則免)	民國____年____月____日	出生日期	民國____年____月____日
身分證字號		身分證字號	
職業(法人則免)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
要保人與被保險人關係	被保險人之 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他		
風險屬性-投資型	<input type="checkbox"/> 積極 <input type="checkbox"/> 穩健 <input type="checkbox"/> 保守 (欲購買具 <b>投資</b> 風險之保險商品者請於左方勾選一項)		
風險屬性-外幣	<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合 (欲購買具 <b>匯率</b> 風險之保險商品者請於左方勾選一項)		
保險需求與風險屬性			
本次投保之目的及需求(可複選)	<input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 資產累積 <input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
是否有指定之保險公司	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，_____保險股份有限公司		
欲投保之保險種類	<input type="checkbox"/> 壽險(含健康險、傷害險) <input type="checkbox"/> 年金險 <input type="checkbox"/> 投資型保險 <input type="checkbox"/> 產險(含健康險、傷害險) <input type="checkbox"/> 其他：_____		
欲投保之保險金額			
是否已有投保其他商業保險之有效保險契約	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
要保人如係投保外幣收付之保險商品，是否瞭解要保人對匯率風險之承受能力。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
要保人如係投保投資型保險商品，應考量要保人之投資屬性及其風險承受能力，確定要保人是否確實瞭解投資型保險之投資損益係由其自行承擔，且不得提供逾越要保人財力狀況或不合適之保險商品。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
六十五歲以上之客戶是否具有辨識不利其投保權益情形之能力，但保險商品之特性經保險業依保險商品銷售前程序作業準則第六條第七款規定評估不具潛在影響及各種不利因素者，不在此限。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
保險費支出			
預估繳交之保險費金額	<input type="checkbox"/> 躉繳 <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 幣別：_____ 保費：_____元		
僅長年期保險填寫： 1.繳交保險費之人預估退休剩餘年期	<input type="checkbox"/> 1~5年 <input type="checkbox"/> 6~10年 <input type="checkbox"/> 11~20年 <input type="checkbox"/> 21~30年 <input type="checkbox"/> 31~40年 <input type="checkbox"/> 40年以上 <input type="checkbox"/> 不適用		
2.繳交保險費之來源	<input type="checkbox"/> 薪資 <input type="checkbox"/> 投資收入 <input type="checkbox"/> 既有存款 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 租金收入 <input type="checkbox"/> 營業收入 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
業務員建議事項			
保險公司名稱及概況	_____保險股份有限公司， <input type="checkbox"/> 資本適足率(RBC)≥200%		
保險商品/險種名稱	<input type="checkbox"/> 詳如附件：建議書/試算表/要保書		
保險金額	<input type="checkbox"/> 說明如下：		
保障範圍			
保險費及繳費年期			
建議投保保險公司理由	<input type="checkbox"/> 符合客戶需求 <input type="checkbox"/> 服務佳 <input type="checkbox"/> 其他_____		

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

(未滿7足歲或無行為能力者，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；7歲(含)以上未滿18足歲者，由本人及法定代理人簽名。)

業務人員簽名：\_\_\_\_\_ 日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

壽險登錄證字號：\_\_\_\_\_ 單位/分公司：群益金鼎證券/\_\_\_\_分公司

產險登錄證字號：\_\_\_\_\_ 保經簽署人章：\_\_\_\_\_

公司名稱：群益保險經紀人股份有限公司

公司營業所在地：台北市民生東路三段156號14樓