

# 守護 寶倍



## 1 專案特色



意外喪葬費用  
及失能，兒童  
專屬保障



意外醫療實支  
實付及住院日額  
雙重保障



重大燒燙傷+皮膚  
移植高額保障

## 2 專案內容

商品名稱	承保範圍	方案一 (P601)	方案二 (P602)	
金平安個人傷害保險	喪葬費用及失能保險金	61.5萬	61.5萬	
	重大燒燙傷皮膚移植手術給付	100萬	200萬	
金平安個人傷害保險 附加條款	重大燒燙傷給付	50萬	100萬	
	傷害醫療保險金(實支實付型)	1萬	3萬	
	傷害醫療保險金 (住院日額型)	一般傷害醫療保險金日額(最高90日)	1,000/日	2,000/日
		加護病房傷害醫療保險金日額(最高90日)	1,000/日	3,000/日
		燒燙傷病房傷害醫療保險金日額(最高90日)	2,000/日	3,000/日
住院慰問保險金	2,000/次	3,000/次		
一年期保費(NT\$)	0歲~未滿15歲	<b>1,070</b>	<b>1,495</b>	

## 3 投保規則

- 一、本專案限0歲至未滿15歲投保，並須由法定代理人親簽同意。
- 二、配合法令規定投保傷害醫療實支實付型商品之張數上限3張。
- 三、配合保險法第107條規範，承保未滿15足歲者之喪葬費用保險金，給付金額最高以61.5萬元為限（人壽保險、傷害保險、旅行平安保險及人壽保險、傷害保險、旅行平安保險綜合型保險合併計算）。
- 四、未滿15足歲者之喪葬費用保險金若已達或超過61.5萬元，則不適用本專案商品。
- 五、本保險非保證續保之保險商品，本公司保留承保與否之權利。

泰安產物保險  
TAIAN INSURANCE

公司地址：台北市中山區長春路145號  
免費申訴電話：0800-012-080



# 產險業履行個人資料保護法告知義務內容

泰安產物保險股份有限公司（以下簡稱本公司）依據個人資料保護法（以下簡稱個資法）第六條第二項、第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

- 一、蒐集之目的：  
(一) 財產保險(0九三)。(二) 人身保險(00一)。  
(三) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。
- 二、蒐集之個人資料類別：  
識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、教育程度及其他專業、受僱情形、財務細節等，包含要保人、被保險人、受益人、或責任險第三人姓名、身分證字號、出生年月日、護照號碼、婚姻、家庭、教育、職業、病歷、醫療、健康檢查、聯絡方式、財務狀況等資料及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。
- 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適用)  
(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) 信用卡持卡人(繳交保險費)。(五) 各醫療院所。  
(六) 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(包括業務委外機構、金融機構、及保險代理人、公證人等保險輔助人)。
- 四、個人資料利用之期間、對象、地區、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(分)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

法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構(含保險代理人、保險公證人等保險輔助人)、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監督機關。

- (三) 地區：  
上述對象所在地之地區。
- (四) 方式：  
合於法令規定之利用方式。
- 五、依據個資法第三條規定，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：  
以書面或其他日後可供證明之方式。
- 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，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

## 信用卡扣繳授權約定書

<b>【授權資料】</b>	授權號碼：□□□□□□(由保險公司填寫)
信用卡種類：□VISA CARD □MASTER CARD □JCB CARD □聯合信用卡	信用卡有效日期：_____月_____年(西元)
信用卡卡號：_____	持卡人聯絡電話：_____
持卡人身分證號碼：_____	持卡人姓名：_____ (請以正楷填寫)
持卡人與要保人關係：□要保人 □被保險人 □受益人 □配偶 □父母/子女 □兄弟姊妹 □(外)祖父母/孫子女 □公司負責人/員工	
保險費金額：_____萬 _____仟 _____佰 _____拾 _____元 整(請填大寫金額)	
(依據金融監督管理委員會109年8月14日金管保壽字第1090425855號函規定，如非要保人、被保險人或受益人須檢附關係證明文件)	

### 【信用卡扣繳授權書約定條款】 □本卡限支付首期保費時請勾選

1. 立授權書人(下稱本人)同意自泰安產物保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)同意承保後，以本信用卡支付本期或續期(保)應繳付之保險費予貴公司，如因授權書內容填寫錯誤或其他原因致無法代扣保費，本授權書效力立即終止，但得補正之情形不在此限。若信用卡因故損毀、掛失，或有效期間屆滿等原因而製作新卡，本授權書對新卡仍具效力；信用卡卡號因此變更者，本人同意立即通知貴公司，本授權書之效力繼續有效，以利保險費之收取。本授權書之記載事項係依相關法令辦理。
2. 本公司因保險業務之經營及執行需蒐集、處理或利用上述 台端之個人資料，悉依「個人資料保護法」相關規範辦理，若有任何問題請洽詢本公司0800-012-0800免付費專線。
3. 依據金融監督管理委員會109年8月14日金管保壽字第1090425855號函規定，保險業透過信用卡收取保險費，將由收單機構或透過財團法人聯合信用卡處理中心協助檢核授權人之身分證統一編號與持卡人身分證統一編號是否一致。另若消費者有信用卡誤扣他人保險費疑義，銀行將依爭議議帳款處理機制。

持卡人親自簽名(請與信用卡背面之簽名樣式相同)

要保人親自簽名(請與要保書簽名樣式相同)

## 瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨業務員報告書【人身保險】

<b>要保人姓名：</b> _____	<b>被保險人姓名：(同為要保人免填)</b> _____	3. 家中主要經濟來源者：□要保人 □被保險人 □配偶 □子女 □其他 _____ (請說明)。
<b>國籍：</b> □本國 □外國 _____ (請說明)	<b>國籍：</b> □本國 □外國 _____ (請說明)	4. 要/被保險人是否投保其他商業保險？ □是 □否
★過去一年是否居住於中華民國境外超過半年以上：□否 □是→ 請註明國家 _____。	★過去一年是否居住於中華民國境外超過半年以上：□否 □是→ 請註明國家 _____。	5. 要保人投保前三個月內是否有辦理終止契約、貸款或保險單借款之情形？ □是 □否
★是否為國內、外或國際組織之重要政治性職務人士(含家庭成員或密切關係者)：□否 □是 →請勾選 □本國 □外國	★是否為國內、外或國際組織之重要政治性職務人士(含家庭成員或密切關係者)：□否 □是 →請勾選 □本國 □外國	6. 本保單之規劃，要/被保險人是否已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之相當性(適合度)？ □是 □否
<b>客戶屬性：</b> □專業客戶 □非專業客戶 (其他及自然人客戶勾選)	<b>客戶屬性：</b> □專業客戶 □非專業客戶 (其他及自然人客戶勾選)	7. 要保書內容與要/被保險人提供之身分證明文件(身分證/護照/駕照或其他足資證明身分之文件等)是否相符？ □是 □否
★專業客戶：指法人客戶符合「專業投資機構」或「總資產達新臺幣五千萬元以上」其中一項者。		8. 招攬時，已向要保人說明本次購買保險商品內容、繳納保費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容？ □是 □否
法人/團體 負責人姓名：(要保人為自然人免填)	法人/團體 負責人姓名：(人身保險免填)	9. 招攬時，已親晤要/被保險人/法定代理人，並確認此文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤？ □是 □否
登記(註冊)地：□本國 □外國 _____ (請說明)	登記(註冊)地：□本國 □外國 _____ (請說明)	10. 招攬時，已向要保人或被保險人確認要/被保險人及被保險人與受益人間之身分關係？ □是 □否
投保險種：同要保書險種	與要保人關係：□本人 □其他 _____ (請說明)	11. 招攬時，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足資傳遞電子文件之聯絡方式(保險契約係以電子保單型式出單者適用) □是 □否
★職業/行業別：□一般職業 或 □下述所列職業 律師/會計師/公證人(或其合夥人、受僱人)/不動產經紀人/當舖、銀樓或融資從業人員/藝術品(青畫)交易商/買賣(交易)商/基金(協)會/宗教人士/匯款公司或外幣兌換所/虛擬貨幣發行者/軍火(製造)商/寶石及貴金屬交易商/外交使館(人員)/駐內外辦事處(人員)/外國政府單位(人員)/博奕產業(場所)人員。	★職業/行業別：□一般職業 或 □下述所列職業	12. 身故受益人是否指定為配偶、直系親屬或法定繼承人，且順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？ □是 □否 → □適用勞動基準法59條規定 □其他 _____。(請說明)
1. 招攬經過： (1) 本契約經由：□陌生拜訪 □親朋好友 □家屬 □他人介紹 □主動投保 □其他 _____ (請說明)。 (2) 要被保險人投保目的及需求：(可複選) □保障 □子女教育經費 □退休規劃 □房屋貸款 □其他 _____ (請說明)。 (3) 要保人繳交保險費之資金來源為 □工作或營業收入 □存款 □解約 □借貸(貸自) □銀行 □親友 □其他(請說明) _____。		13. 其他有利於核保之資訊？□否 □是 _____。(請說明)
2. 要保人與被保險人財務狀況： (以阿拉伯數字填寫)	要保人	被保險人(如為要保人無須填寫)
個人年收入	新臺幣約 _____ 萬元	新臺幣約 _____ 萬元
家庭年收入	新臺幣約 _____ 萬元	新臺幣約 _____ 萬元
資產(含動產與不動產)	新臺幣約 _____ 萬元	新臺幣約 _____ 萬元
*要/被保險人已婚者，家庭年收入欄填寫夫妻收入總和；要/被保險人為未成年或學生，家庭年收入欄填寫父母或法定代理人年收入總和。		
業務員聲明如下：(1)本人招攬時確已當面核對要/被保險人及法定代理人身分證明文件，並由要/被保險人及法定代理人親自簽名無誤。(2)本人具有招攬資格，並已於招攬時評估要/被保險人收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額之相當性、投保目的及需求並完成適合度分析，要保人確已瞭解其所繳保費所購買保險商品之險種、內容及金額。(3)本人招攬時確已遵守相關法令規範，如有不實致所屬保經/代公司或保險公司受損時，願負賠償責任。 ※本報告書之部分問題係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。		
招攬單位：_____ 業務員簽名：_____		
簽署人簽名：_____		
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		





泰安產物金平安個人傷害保險 要保書(A002)

112.01.05(112)精企字第001號函送保險商品資料庫

保險單號碼		字第		號		本保單係		字第		號保單之續保	
要保人資料	姓名	身分證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國	年	月	日	
	住所 (保單寄送地址)	□□□		E-mail							
	聯絡電話	手機：	公司：( )		住家：( )						
保險期間		自民國		年	月	日午夜十二時起		一年止			
被保險人資料	姓名	身分證字號		出生日期	民國	年	月	日			
	<input type="checkbox"/> 同要保人 (右欄可免填)	聯絡電話	手機：	公司：( )		住家：( )		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	住所 (通訊地址)	□□□		與要保人關係							
	任職機構	職稱		工作內容 (兼職內容)							
※被保險人是否已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(請勾選)? (一)實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 (二)實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 ※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否(如勾選是者，請提供。) ※被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否(如勾選是者，請提供相關證明文件。) 保單寄送方式 <input type="checkbox"/> 電子保單 本人同意貴公司以「電子保單」方式寄送。如有特殊要求寄送紙本保單者，請勾選 <input type="checkbox"/> 紙本保單 <input type="checkbox"/> 法定繼承人(其順位及應得保險金比例適用民法繼承編相關規定) 身故保險金受益人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 (保險金分配方式請擇一勾選) (1) (2) (3) <input type="checkbox"/> A.均分 <input type="checkbox"/> B.按填寫順位 <input type="checkbox"/> C.比例：(1)_____% (2)_____% (3)_____% ※如受益人為二人以上時，請勾選保險金分配方式，如未註明，本公司以均分辦理。 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。 續保附加條款 <input type="checkbox"/> 同意附加 <input type="checkbox"/> 不同意附加(※若未勾選，視為不同意附加)											

承保內容	方案別 / 保險金額 (NT\$)			
	方案一(P601)	方案二(P602)		
金平安個人傷害保險	喪葬費用及失能保險金	61.5萬	61.5萬	
	重大燒燙傷皮膚移植手術給付	100萬	200萬	
金平安個人傷害保險-附加條款	重大燒燙傷給付	50萬	100萬	
	傷害醫療保險金(實支實付型)	1萬	3萬	
	傷害醫療保險金 (住院日額型)	一般傷害醫療保險金日額(每次最高90日)	1,000/日	2,000/日
		加護病房傷害醫療保險金日額(每次最高90日)	1,000/日	3,000/日
		燒燙傷病房傷害醫療保險金日額(每次最高90日)	2,000/日	3,000/日
住院慰問保險金(連續住院達五日以上)(同一事故住院以一次為限)	2,000/次	3,000/次		
一年期保險費(NT\$)	0歲-未滿15歲		<input type="checkbox"/> 1,070 <input type="checkbox"/> 1,495	

【被保險人告知事項】依保險法第64條規定，要保人及被保險人對於保險人之書面詢問事項，應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，而影響危險評估，則本公司得解除契約且無須退還所交之保險費；保險事故發生後亦同。為保障您的權益，應親自填寫要保書。

1.過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？	是	否
(1)高血壓症(收縮壓140mmHg舒張壓 90mmHg以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症。(3)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。(4)糖尿病。(5)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.目前身體機能是否有下列障害(請勾選)：		
(1)失明。(2)是否曾經因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表0.3以下。(3)聾。(4)是否曾經因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在50分貝(dB)以上。(5)啞。(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※上列問題答「是」者，請說明病名、就診大約時間、治療結果、醫院名稱及目前狀況：

此致 泰安產物保險股份有限公司

要保人(請親自簽名)：\_\_\_\_\_

【要保人與被保險人聲明事項】

- (一) 本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- (二) 本人(被保險人、要保人)同意 貴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。
- (三) 本人(要保人)已審閱並瞭解 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。
- (四) 本人(被保險人、要保人)同意 貴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。

【注意事項】

對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或其有關之行動，不論其是否有其他原因或事件同時或先後介入所致被保險人死亡或失能，本公司對被保險人投保本公司附加有「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」之全部傷害保險(含主契約及附約)之給付金額，合計給付最高以新台幣貳佰萬元為限。(92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准)

被保險人(請親自簽名)：\_\_\_\_\_

法定代理人(要/被保險人未滿18歲者，請法定代理人簽名)：\_\_\_\_\_

要保日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

以下由保險業務員填寫			保險代理人/經紀人	以下由泰安產物保險公司填寫		
姓名(正楷/親簽)	登錄證字號	單位	簽署章	經手代號	業務來源	統計代號
聯絡電話	收件日期	備註		保經代代號	核保人員	輸入人員



# 投保聲明書

(未滿15足歲被保險人適用)

本人(要保人、被保險人及其法定代理人)瞭解並同意,如被保險人身故時未滿15足歲,則其所投保之人壽保險契(附)約及傷害保險契(附)約之喪葬費用保險金額總和(含本次及先前已投保者,且不限貴公司,以下同),將依下列方式辦理:

- 一、被保險人之壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約如於109年6月12日(含,以下同)以後所投保者,其喪葬費用保險金給付總和不得超過本次投保時遺產及贈與稅法第17條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半〔註1〕。超過部分貴公司不負給付責任,並依契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。
- 二、被保險人如有於99年2月3日(不含,以下同)之前投保壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約者,其喪葬費用保險金之給付依下列方式辦理〔註2〕:
  - (一)99年2月3日之前投保之喪葬費用保險金額大於或等於本次投保時遺產及贈與稅法第17條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半者,其喪葬費用保險金之給付依99年2月3日之前投保當時之契約約定辦理。而本次投保之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約,貴公司均不負給付責任,並依契約約定無息退還本次投保契(附)約之已繳保險費。
  - (二)99年2月3日之前投保之喪葬費用保險金額小於本次投保時遺產及贈與稅法第17條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半者,本次投保之喪葬費用保險金給付加計99年2月3日之前投保之喪葬費用保險金給付總和,以本次投保時遺產及贈與稅法第17條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半為限,超過部分貴公司不負給付責任,並依契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。
- 三、前二款情形,於投保投資型人壽保險者,貴公司依保單條款約定,按比例返還超過部分之已扣除保險成本,並將原投資部分之保單帳戶價值,按約定返還予要保人或其他應得之人。

此致

泰安產物保險(股)公司

要保人簽名: \_\_\_\_\_ 要保人之法定代理人簽名: \_\_\_\_\_

被保險人簽名: \_\_\_\_\_ 被保險人之法定代理人簽名: \_\_\_\_\_

(未滿7足歲者,由法定代理人代為簽名;7歲(含)以上未滿18足歲且未婚者,由本人及法定代理人簽名。)

聲明日期:民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 〔註1〕保險法第107條

以未滿十五歲之未成年人為被保險人訂立之人壽保險契約,除喪葬費用之給付外,其餘死亡給付之約定於被保險人滿十五歲時始生效力。

前項喪葬費用之保險金額,不得超過遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半。

前二項於其他法律另有規定者,從其規定。

## 〔註2〕範例

- 1.未滿15足歲之被保險人於109年6月12日以後首次投保壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約,若被保險人身故時未滿15足歲,保險公司給付喪葬費用保險金不得超過本次投保時遺產及贈與稅法第17條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半(現行為61萬5千元)。保險公司就超過部分不負給付責任,並依契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。
- 2.未滿15足歲之被保險人於99年2月3日之前已投保200萬元喪葬費用保險金額之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約(下稱A契約),又於109年6月12日後投保61萬5千元喪葬費用保險金額之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約(下稱B契約),若被保險人於109年6月12日後身故且未滿15足歲,保險公司依訂定A契約時之契約約定給付喪葬費用保險金200萬元。保險公司就109年6月12日後投保61萬5千元喪葬費用保險金額之B契約不負給付責任,由保險公司依B契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。

本文件需簽名之欄位,已由簽名欄所稱之當事人本人親自簽名,且經保險業務員親視簽名無誤。

保險業務員簽名: \_\_\_\_\_ 簽署日期:民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 【注意事項】:

- 一、消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。
- 二、本公司保有承保與否之權利,其他未盡詳細事項,悉依保單、條款及本公司核保規定辦理。
- 三、本商品依保險法之規定受保險安定基金之保障。非銀行存款,不受存款保險之保障。
- 四、因本商品所生之糾紛,請向泰安產險客戶服務中心(免費服務專線:0800-012-080)或各分支機構提出申訴。泰安產險若未於30日內為適當處理或不為處理,消費者即可於30日屆滿之日起60日內向財團法人金融消費者評議中心申請評議。
- 五、消費者於購買前,應詳閱各種銷售文件內容,本商品之預定附加費用率均為40%;如要詳細了解其他相關資訊,請洽泰安產險業務員、服務據點(免付費電話:0800-012-080)或網站(網址: <https://www.taian.com.tw>),以保障您的權益。
- 六、泰安產險為滿足客戶充分了解公司經營資訊及消費大眾權益,有關該公司資訊公開說明事項,請至該公司網址(<http://www.taian.com.tw>)查閱,或至該公司總分支機構查閱及索取資訊公開之書面文件。免費申訴電話:0800-012-080。

## 商品文號:

99.08.23泰安(99)精企字第545號函備查	105.04.06(105)精企字第128號函備查	109.03.05依108.04.09金管保壽字第10804904941號函進行修訂
105.04.06(105)精企字第121號函備查	105.04.06(105)精企字第129號函備查	110.12.15(110)精企字第213號函備查
105.04.06(105)精企字第126號函備查	105.04.06(105)精企字第130號函備查	111.11.29(111)精企字第171號函備查

## 給付項目:

喪葬費用保險金、失能保險金、重大燒燙傷皮膚移植手術給付、重大燒燙傷給付、傷害醫療實支實付保險金給付、一般傷害醫療保險金日額給付、加護病房傷害醫療保險金日額給付、燒燙傷病房傷害醫療保險金日額給付、住院慰問保險金



【財產保險商品】書面分析報告 ※續保件且投保條件相同者免填

一. 基本資料(塗改請要保人親簽)

要保人(□同被保人)		被保險人(如團體投保請填一人代表其餘詳名冊)	
姓名		姓名	
性別		性別	
年齡	____年/____月/____日 歲:____	年齡	____年/____月/____日 歲:____
投保車險必填欄位		身分證字號	
		車牌號碼	
		車輛種類	<input type="checkbox"/> 機車 <input type="checkbox"/> 汽車

二. 保險需求(塗改請要保人親簽)

是否有指定之保險公司	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, _____ 保險公司
本次投保之目的及需求(可複選)	<input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 責任保障 <input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 其他:_____
欲投保之保險種類	<input type="checkbox"/> 任意車險 <input type="checkbox"/> 火險/地震險 <input type="checkbox"/> 僱主責任險 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 教責險 <input type="checkbox"/> 其他_____
保險期間	____年____月____日起 ~ ____年____月____日止
欲投保之保險金額	保額_____萬元/元
被保人是否已投保其他商業保險之有效保險契約?	<input type="checkbox"/> 是, _____ 保險公司 <input type="checkbox"/> 否

三. 保險費支出(塗改請要保人親簽)

預估繳交之保險費	幣別: _____ 台幣 保費: _____ 元
----------	--------------------------

四. 業務員建議事項(塗改請業務員親簽)

保險公司名稱及概況	<input type="checkbox"/> _____ 產物保險(股)公司提供DM, <input type="checkbox"/> 保險公司網站 <input type="checkbox"/> 保發中心網站 查詢概況
保險險種名稱: (填寫商品名稱)	<input type="checkbox"/> 任意車險 <input type="checkbox"/> 火險/地震險 <input type="checkbox"/> 僱主責任險 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 教責險 <input type="checkbox"/> 其他_____
保險金額	保額:_____萬元/元(團單詳名冊)
保障範圍	<input type="checkbox"/> 提供商品DM <input type="checkbox"/> 提供商品條款 <input type="checkbox"/> 提供投保項目報價單
保險費	保費:_____元(團單請填總保費)
建議投保保險公司理由	<input type="checkbox"/> 商品符合規畫 <input type="checkbox"/> 其他_____
報酬收取說明	◎本公司規定不得向要保人收取任何型式報酬。

本人已審閱「蒐集、處理及利用相關之健康檢查、醫療、病歷及個人資料告知事項」內容

要保人簽名: \_\_\_\_\_ 被保人簽名: \_\_\_\_\_

法定代理人簽名: \_\_\_\_\_ (與要/被保人的關係: \_\_\_\_\_)

業務人員簽名: \_\_\_\_\_ 登錄證字號: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 保經簽署人章: \_\_\_\_\_



# 承利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

承利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（以下稱個資法）第 8 條第 1 項（如為間接蒐集之個人資料則為第 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）保險經紀業務 （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：

包含但不限姓名、身分證統一編號、聯絡方式等個人資料(詳如相關業務申請書或契約書內容)

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適用）

（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）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、產、壽險公司、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、金融監理機關或因辦理產、壽險相關業務需要之第三方。  
（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： 台端可透過本公司客服專線 0800-210-383、書面或其他日後可供證明之方式。

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（視業務性質記載）。

---

## 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

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，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除上述說明書所列告知事項外，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，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、申訴及爭議處理、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 台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供 台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)，本人已瞭解上述說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理或利用。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。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。

此致 承利保險經紀人股份有限公司