

- ◎本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：<https://www.chubb.com/tw> 或洽免付費服務專線 0800-339-899 或至本公司(台北市信義路5段8號10樓)查詢。
- ◎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。
- ◎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。
- ◎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。

保單號碼		受理編號				
要保人資料	姓名/ 要保單位	身分證字號/統一編號 (居留證號)		出生年月日	年 月 日	
	英文姓名	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍(請註明) _____		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	手機	E-mail				
	聯絡地址				電話	
旅遊資料	保險期間	自民國 年 月 日 時 分起(24小時制)	天	天	旅遊目的	<input type="checkbox"/> 觀光 <input type="checkbox"/> 出差 <input type="checkbox"/> 遊學 <input type="checkbox"/> 其它(請註明) _____
	旅遊方式	<input type="checkbox"/> 飛機 <input type="checkbox"/> 遊覽車 <input type="checkbox"/> 輪船 <input type="checkbox"/> 其它(請註明) _____	目的地/國家	<input type="checkbox"/> 台灣本島和離島 <input type="checkbox"/> 海外(請註明國家) _____ <input type="checkbox"/> 歐洲-申根地區(請註明國家) _____		
被保險人資料	姓名	<input type="checkbox"/> 同要保人	身分證字號/護照號碼 (居留證號)	出生年月日	年 月 日	
	英文姓名		國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍(請註明) _____	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	與要保人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 為要保人之 _____	聯絡電話/住居所地址	<input type="checkbox"/> 同要保人		
	手機	E-mail				
<p>被保險人目前是否受有監護宣告？<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，如勾選是者，請提供相關證明文件。</p> <p>身故保險金受益人：1.各項醫療保險金或失能保險金受益人限被保險人本人，本公司不受理其變更或指定。2.身故保險金受益人若超過一人且未註明保險給付比例或順位，以均分方式辦理；已勾選順位但未加註序號，以填寫順序為準。3.身故保險金受益人若未指定者，則以被保險人之法定繼承人為受益人。4.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。</p>						
身故保險金 受益人姓名	身分證字號	與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 順位(請加註序號) <input type="checkbox"/> 分配比例	電話	聯絡地址	
		為被保險人之_____		<input type="checkbox"/> 不同意提供身故保險金受益人聯絡地址及電話		
		為被保險人之_____				
		為被保險人之_____				
*保單寄送方式		本公司將以電子文件方式簽發保單寄送至要保人的手機號碼，若本公司無法寄送時，本公司將改發紙本保單。要、被保險人亦得要求提供紙本保單。				

商品名稱	保障內容	保險金額(單位:新台幣)	
安達產物旅行平安保險	身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金 重大燒燙傷保險金	元	限額為身故或失能保險金額之百分之二十五
投保安達產物旅行平安保險者附加以下商品： 安達產物旅行平安保險傷害醫療保險給付附加條款 被保險人未滿15歲且無投保旅行平安險時適用以下商品 安達產物旅行傷害醫療保險	傷害醫療保險金	元	
安達產物旅行平安保險食物中毒慰問保險金附加條款	食物中毒慰問保險金 (保險期間內以給付二次為限)	定額 3,000 元	
安達產物海外突發疾病健康保險(乙型) (限旅行目的地為海外地區者投保)	海外突發疾病住院醫療保險金 海外突發疾病門診醫療保險金 海外突發疾病急診醫療保險金	元	限額為海外突發疾病住院醫療保險金之百分之一 限額為海外突發疾病住院醫療保險金之百分之五
安達產物海外突發疾病健康保險特定地區限額調整附加條款		美加(250%) / 歐洲、紐澳、日本、韓國(150%) / 其他(100%)	
附加商品(限產險業務員資格者始得銷售)		<input type="checkbox"/> 超值型	<input type="checkbox"/> 尊榮型
安達產物個人海外旅行不便保險(B)	旅程取消保險	最高 120,000 元	最高 150,000 元
	班機延誤保險(超過 4(含)小時)	定額 5,000 元	定額 10,000 元
	旅程更改保險	最高 120,000 元	最高 150,000 元
	行李延誤保險 (超過 6 小時,不含返回國內機場之行李)	定額 5,000 元	定額 10,000 元
	行李損失保險	定額 5,000 元	定額 10,000 元
	旅行文件損失保險	定額 5,000 元	定額 5,000 元

保險內容	班機改降補償保險	定額 3,000 元	定額 5,000 元
	劫機補償保險(每次 10 日為限)	每日定額 3,000 元	每日定額 6,000 元
	第三人責任保險	最高 3,000,000 元	最高 5,000,000 元
	旅行期間居家竊盜保險	最高 30,000 元	最高 50,000 元
	現金竊盜損失保險	最高 3,000 元	最高 5,000 元
	信用卡盜用損失保險	最高 30,000 元	最高 50,000 元
	等待返國住宿費用保險(每次 5 日為限)	每日限額 3,000 元	每日限額 5,000 元
安達產物個人海外旅行不便保險旅程取消費用傳染病及檢疫給付附加條款	旅程取消費用傳染病及檢疫給付保險金	最高 120,000 元	最高 150,000 元
安達產物個人海外旅行不便保險旅程更改費用傳染病及檢疫給付附加條款	旅程更改費用傳染病及檢疫給付保險金	最高 120,000 元	最高 150,000 元
<p>■安達產物特定地區除外責任附加條款：被保險人於本契約有效期間內，因自中華民國或第三地出境前往古巴、經古巴轉運、在古巴境內、或由古巴離境至入境中華民國或第三地前之期間，發生本契約所約定之保險事故，本公司不負給付各項保險金的責任，但被保險人非自願出入古巴者，不在此限。</p> <p>■安達產物國際制裁限制除外不保附加條款：本保險契約對於依照貿易、經濟制裁或其他法令禁止本公司提供保險者，不予承保，亦不負擔賠付保險金及任何利益之責任。</p>			
投保總人數：		人 / 保險費合計：	
		元	

要保人及被保險人聲明事項：

- 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。
- 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。
- 本人已審閱並瞭解 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。
- 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。

本人(要保人)已審閱 貴公司所提供之保單條款樣本或影本、「投保須知」、「要保書填寫說明」、「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。	要保人簽名： 法定代理人簽名：
--	------------------------

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

被保險人簽名：_____ 申請日期：民國_____年_____月_____日

【下欄由保險經紀人/代理人及保險公司填寫】

單位名稱*/單位代號	招攬人員	簽名*：	手機*：	保險經紀人/代理人受理日期	保險經紀人公司/代理人公司簽章*	保險公司受理章	保險公司核保章
		登錄證號*：	E-MAIL*：				

(以下內容非本要保書一部份)

電傳人：_____ 通路：_____ 代號：_____ 電話：_____ 傳真：_____ 113.08.12 製-15 歲以下適用【ChubbITA-A11】

繳費方式：信用卡

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司（以下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）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：財產保險(093)、人身保險(001)、行銷(040)、金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(059)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(063)、契約、類似契約或其他法律關係事務(069)、消費者、客戶管理與服務(090)、消費者保護(091)、網路購物及其他電子商務服務(148)、調查、統計與研究分析(157)、其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)。
 - 二、蒐集之個人資料類別：(一)姓名；(二)身分證統一編號；(三)聯絡方式；(四)其他：詳如相關業務申請書或契約書內容。
 - 三、個人資料來源（個人資料非由當事人提供，而為間接蒐集之情形適用）
 - (一)要保人/被保險人；(二)司法警衛機關、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、對象、地區及方式：
 - (一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間，或另經 台端書面同意之期間，以期限最長者為準。
 - (二)對象：本公司、本公司之總公司、本公司所屬安達集團之母公司及海外關係企業或分支機構、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、衛生福利部中央健康保險署、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理人公司/保險經紀人公司(透過保險代理人公司或保險經紀人公司投保者)、與本公司合作辦理銀行保險業務之銀行、與本公司依法辦理異業合作推廣附屬性保險商品業務之機構、台端所同意之對象(例如與本公司依法辦理共同行銷或交互運用客戶資料之機構等)、依法有調查權機關或金融監理機關、本公司之總公司或母公司之監理或主管機關、本公司或本公司之總公司、母公司或海外關係企業或分支機構所使用之服務供應商、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者。
 - (三)地區：上述對象所在之地區(國內及國外)。
 - (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：以書面或客服專線(0800-339-899)通知本公司。
 - 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。
 - 七、本公司依法令或配合安達集團相關政策及為強化個人資料管理及保護，將可能隨時修訂本告知事項，台端同意本公司有權修訂此告知事項，並同意本公司於本告知事項修訂後，得以官網(<https://www.chubb.com/tw-zh/>)公告或其他足以使台端知悉或可得知悉之方式告知(包括但不限於以提供詳載本告知事項內容之網站連結供 台端詳閱)。
 - 八、如台端與本公司先前簽訂之契約或文件所訂定或約定與個人資料之蒐集、處理、利用、國際傳輸有關之條款與本告知事項有所歧異者，以本告知事項及其後本公司修訂之版本為準。
- 【註】：上開告知事項已公告於本公司官網(<https://www.chubb.com/tw-zh/>)，內容若有更動，請以官網公告版本為準。如有任何問題歡迎洽詢本公司客服專線(0800-339-899)。

受告知人：_____ (簽章)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
註：本公司履行上開告知義務，不限書面或取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。 2023.02 版

人身保險投保人須知

- 一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知其授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。
說明：保險業務員管理規則第六條規定：「業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。」如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。
- 二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。
說明：(一)保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明」又「要保人有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。(二)因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書內各項詢問事項，都需要詳實說明或填寫清楚，不得有遺漏、隱瞞或告知不實情事。(例如：被保險人過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？應據實告知)否則，保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約（不過，保險公司須在知有解除原因後一個月內行使）；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人（或被保險人）能證明保險事故發生原因與未告知事項無關。且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不予以退還。請要保人或被保險人特別留意以免遭受損失。
- 三、除外責任：
說明：(一)保險公司依照保險法規定，有下列原因，可以不負賠償責任：1.要保人或受益人故意致被保險人於死者（參考保險法第一二一條）。2.被保險人訂約或復效之日起二年內故意自殺，或因犯罪處死或拒捕或越獄致死者（參考保險法第一〇九條）。(二)此外，在保險單條款通常都有詳細訂明各種除外責任之範圍，可以參閱。
- 四、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司於交付保險單及條款後，出具正式收據。為知道您投保的內容，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。
- 五、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。
- 六、保險責任始期及續期保險費過期而未繳付，保險契約會自動停止效力。
說明：(一)保險公司的保險責任，自要保書約定日起生效，保險公司並應發給保險單作為承保的憑證。(二)保險費應於契約生效前交付，但另有約定者，不在此限。
- 七、投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者。
說明：(一)解約金是要保人按時繳付保險費，在保險期間內終止契約，保險公司結算已繳付保險費扣除契約應分攤保險給付成本及各項費用後，經主管機關核定，應返還要保人的金額。(二)保險契約的終止，自保險公司收到要保人書面通知開始生效。
- 八、保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，投保時請 貴客戶詳閱本分公司官網(<https://www.chubb.com/tw-zh/>)及公開資訊觀測站(<https://ins-info.lib.gov.tw/customer/announceinfo.aspx>)所揭露之本保險商品保單條款。請務必詳細閱讀以確保本身之權益，若 貴客戶未能取得本保險商品保單條款時，請務必聯繫本分公司。
- 九、本保險商品受財產保險安定基金之保障。
說明：財產保險安定基金依保險法第一百四十三條之三第一項第三款規定，代保險業墊付要保人、被保險人及受益人依有效契約所得為請求之範圍，限於依保險法第六條設立之財產保險業及外國財產保險業在中華民國境內之總分支機構銷售之保險契約。
- 十、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴管道：
說明：要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議，可以向本分公司（免費申訴電話：0800339899）、依金融消費者保護法規設立之爭議處理機構或金融監督管理委員會申訴。
- 十一、本分公司依美國、聯合國、歐盟及中華民國等經濟制裁相關法令規定，若被保險人旅程包含伊朗、北韓、蘇丹、敘利亞、克里米亞共和國、委內瑞拉、烏克蘭頓內茨克人民共和國(DNR)地區、烏克蘭盧甘斯克人民共和國(LNR)地區或其他制裁國家，須於出發前 10 個工作日向本分公司申報，經本分公司審核同意後，始得列入承保範圍；如未於出發前取得本分公司同意承保者，則該次旅程涉及前述制裁國家部分，本分公司不予承保。

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司
旅行平安綜合保險集體件名冊

保單號碼	受理號碼	要保人						
1	被保險人姓名及簽署	出生 年 月 日	與要保人關係 (為要保人之 _____)	身分證/護照號碼	意外身故及失 能保險金 (註一)	意外傷害醫療 保險金	海外突發疾病 住院醫療保險 金 (註二)	每人保險費
	國籍		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話/住居所地址：			
	被保險人簽名/法定代理人簽名：			身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人) 姓名/身分證字號/與被保險人關係： 聯絡地址及電話： 被保險人目前是否受有監護宣告？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是。如勾選是者，請提供相關證明文件。				
					萬	萬	萬	元
2	被保險人姓名及簽署	出生 年 月 日	與要保人關係 (為要保人之 _____)	身分證/護照號碼	意外身故及失 能保險金 (註一)	意外傷害醫療 保險金	海外突發疾病 住院醫療保險 金 (註二)	每人保險費
	國籍		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話/住居所地址：			
	被保險人簽名/法定代理人簽名：			身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人) 姓名/身分證字號/與被保險人關係： 聯絡地址及電話： 被保險人目前是否受有監護宣告？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是。如勾選是者，請提供相關證明文件。				
					萬	萬	萬	元
3	被保險人姓名及簽署	出生 年 月 日	與要保人關係 (為要保人之 _____)	身分證/護照號碼	意外身故及失 能保險金 (註一)	意外傷害醫療 保險金	海外突發疾病 住院醫療保險 金 (註二)	每人保險費
	國籍		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話/住居所地址：			
	被保險人簽名/法定代理人簽名：			身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人) 姓名/身分證字號/與被保險人關係： 聯絡地址及電話： 被保險人目前是否受有監護宣告？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是。如勾選是者，請提供相關證明文件。				
					萬	萬	萬	元
4	被保險人姓名及簽署	出生 年 月 日	與要保人關係 (為要保人之 _____)	身分證/護照號碼	意外身故及失 能保險金 (註一)	意外傷害醫療 保險金	海外突發疾病 住院醫療保險 金 (註二)	每人保險費
	國籍		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話/住居所地址：			
	被保險人簽名/法定代理人簽名：			身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人) 姓名/身分證字號/與被保險人關係： 聯絡地址及電話： 被保險人目前是否受有監護宣告？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是。如勾選是者，請提供相關證明文件。				
					萬	萬	萬	元
5	被保險人姓名及簽署	出生 年 月 日	與要保人關係 (為要保人之 _____)	身分證/護照號碼	意外身故及失 能保險金 (註一)	意外傷害醫療 保險金	海外突發疾病 住院醫療保險 金 (註二)	每人保險費
	國籍		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話/住居所地址：			
	被保險人簽名/法定代理人簽名：			身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人) 姓名/身分證字號/與被保險人關係： 聯絡地址及電話： 被保險人目前是否受有監護宣告？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是。如勾選是者，請提供相關證明文件。				
					萬	萬	萬	元
6	被保險人姓名及簽署	出生 年 月 日	與要保人關係 (為要保人之 _____)	身分證/護照號碼	意外身故及失 能保險金 (註一)	意外傷害醫療 保險金	海外突發疾病 住院醫療保險 金 (註二)	每人保險費
	國籍		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話/住居所地址：			
	被保險人簽名/法定代理人簽名：			身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人) 姓名/身分證字號/與被保險人關係： 聯絡地址及電話： 被保險人目前是否受有監護宣告？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是。如勾選是者，請提供相關證明文件。				
					萬	萬	萬	元
7	被保險人姓名及簽署	出生 年 月 日	與要保人關係 (為要保人之 _____)	身分證/護照號碼	意外身故及失 能保險金 (註一)	意外傷害醫療 保險金	海外突發疾病 住院醫療保險 金 (註二)	每人保險費
	國籍		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話/住居所地址：			
	被保險人簽名/法定代理人簽名：			身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人) 姓名/身分證字號/與被保險人關係： 聯絡地址及電話： 被保險人目前是否受有監護宣告？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是。如勾選是者，請提供相關證明文件。				
					萬	萬	萬	元
8	被保險人姓名及簽署	出生 年 月 日	與要保人關係 (為要保人之 _____)	身分證/護照號碼	意外身故及失 能保險金 (註一)	意外傷害醫療 保險金	海外突發疾病 住院醫療保險 金 (註二)	每人保險費
	國籍		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話/住居所地址：			
	被保險人簽名/法定代理人簽名：			身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人) 姓名/身分證字號/與被保險人關係： 聯絡地址及電話： 被保險人目前是否受有監護宣告？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是。如勾選是者，請提供相關證明文件。				
					萬	萬	萬	元

註一：含重大燒燙傷保險金，限額為身故及失能保險金之百分之二十五。

註二：海外突發疾病健康保險所稱「突發疾病」係指被保險人需即時在醫院或診所診療始能避免損及身體健康之疾病，且在本契約生效前九十日以內，未曾接受該疾病之診療者。

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司 旅行平安保險投保同意書

*本投保同意書與要保書填寫內容需一致。

*未滿 15 足歲被保險人適用。每位被保險人填寫一張。

要保人姓名/ 要保單位		被保險人姓名	
保險期間	同要保書所載	險 別	同要保書所載
主約投保保額 (幣別：新臺幣)	同要保書所載，惟倘經美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱本分公司)核保評估應減額承保者，則以該減額後金額為主約投保保額。 (詳下欄同意事項、注意事項 1、2)		

立同意書人(要保人/被保險人、法定代理人)同意事項

倘未滿 15 足歲或受監護宣告尚未撤銷之被保險人本次有投保旅行平安保險，且經本分公司檢核該被保險人於本分公司及其他保險業累計已投保之喪葬費用保險金額，未超過保險法第 107 條、第 107 條之 1 規定之喪葬費用保險金額限額者，立同意書人同意本分公司修正要保文件上所載旅行平安保險之保險金額為「本分公司同意承保的保險金額且不超過本次投保之旅行平安保險金額與前述限額之差額」，倘投保前已達保險法第 107 條規定之喪葬費用保險金額限額者，則立同意書人同意投保無喪葬費用保險金之保險商品，且已於招攬過程中明確知悉，本次投保之保險商品無提供喪葬費用保險金。

要保人	姓名及簽署		被保險人	姓名及簽署(注意事項 3)	身分證統一編號
法定代理人	姓名及簽署(注意事項 4)	與被保險人關係	學校為投保代理人時免填		
			身分證統一編號 (外國人填護照號碼)	出生年月日	國籍 (中華民國籍免填寫)
			/ /		

注意事項

- 依保險法第 107 條、第 107 條之 1 規定，未滿 15 足歲或受監護宣告尚未撤銷之被保險人，於本分公司及其他保險業累計已投保之喪葬費用保險金額，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半(現行為 69 萬元，下稱限額)。
- 倘上述被保險人本次投保商品含有旅行平安保險，且於本分公司及其他保險業累計已投保之喪葬費用保險金額總額「未達限額」者(不含本次投保之旅行平安保險之保險金額)，本分公司僅能於可承保之保險金額範圍內承保，另因限額缺口資料可能因保單狀態之改變或其他保險業通報資料時間差等因素而變動，故實際可投保保額仍需以本分公司核保評估結果為準；反之，倘不含本次投保旅行平安保險之保險金額即「已達限額」者，雖傷害險(含旅平險)不得承保，但仍可單獨選擇投保其他無喪葬費用保險金之保險商品。
- 未滿 7 足歲者或其他無行為能力人，由法定代理人代為簽署；倘為民法規定之 7 歲(含)以上未成年人或具完全行為能力之人，由本人簽署。
- 如為民法規定之未成年人或無行為能力人(如受監護宣告者)，請法定代理人簽署。

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，且經招攬人員／執業經紀人(代理人)親視簽名無誤。

招攬人員/執業經紀人(代理人)簽名：_____ 簽署日期：民國____年____月____日

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司 旅行平安保險投保同意書

*本投保同意書與要保書填寫內容需一致。

*未滿 15 足歲被保險人適用。每位被保險人填寫一張。

要保人姓名/ 要保單位		被保險人姓名	
保險期間	同要保書所載	險 別	同要保書所載
主約投保保額 (幣別：新臺幣)	同要保書所載，惟倘經美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱本分公司)核保評估應減額承保者，則以該減額後金額為主約投保保額。 (詳下欄同意事項、注意事項 1、2)		

立同意書人(要保人/被保險人、法定代理人)同意事項

倘未滿 15 足歲或受監護宣告尚未撤銷之被保險人本次有投保旅行平安保險，且經本分公司檢核該被保險人於本分公司及其他保險業累計已投保之喪葬費用保險金額，未超過保險法第 107 條、第 107 條之 1 規定之喪葬費用保險金額限額者，立同意書人同意本分公司修正要保文件上所載旅行平安保險之保險金額為「本分公司同意承保的保險金額且不超過本次投保之旅行平安保險金額與前述限額之差額」，倘投保前已達保險法第 107 條規定之喪葬費用保險金額限額者，則立同意書人同意投保無喪葬費用保險金之保險商品，且已於招攬過程中明確知悉，本次投保之保險商品無提供喪葬費用保險金。

要保人	姓名及簽署		被保險人	姓名及簽署(注意事項 3)	身分證統一編號
法定代理人	姓名及簽署(注意事項 4)	與被保險人關係	學校為投保代理人時免填		
			身分證統一編號 (外國人填護照號碼)	出生年月日	國籍 (中華民國籍免填寫)
				/ /	

注意事項

1. 依保險法第 107 條、第 107 條之 1 規定，未滿 15 足歲或受監護宣告尚未撤銷之被保險人，於本分公司及其他保險業累計已投保之喪葬費用保險金額，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半(現行為 69 萬元，下稱限額)。
2. 倘上述被保險人本次投保商品含有旅行平安保險，且於本分公司及其他保險業累計已投保之喪葬費用保險金額總額「未達限額」者(不含本次投保之旅行平安保險之保險金額)，本分公司僅能於可承保之保險金額範圍內承保，另因限額缺口資料可能因保單狀態之改變或其他保險業通報資料時間差等因素而變動，故實際可投保保額仍需以本分公司核保評估結果為準；反之，倘不含本次投保旅行平安保險之保險金額即「已達限額」者，雖傷害險(含旅平險)不得承保，但仍可單獨選擇投保其他無喪葬費用保險金之保險商品。
3. 未滿 7 足歲者或其他無行為能力人，由法定代理人代為簽署；倘為民法規定之 7 歲(含)以上未成年人或具完全行為能力之人，由本人簽署。
4. 如為民法規定之未成年人或無行為能力人(如受監護宣告者)，請法定代理人簽署。

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，且經招攬人員／執業經紀人(代理人)親視簽名無誤。

招攬人員/執業經紀人(代理人)簽名：_____ 簽署日期：民國____年____月____日

保險需求及適合度評估暨業務員報告書(旅行險適用)

保單號碼：_____

要保人(單位)姓名：_____

<p>要保人為自然人</p> <p>1. 職業 <input type="checkbox"/> (1)一般職業 <input type="checkbox"/> (2)註一所列職業</p> <p>2. 國籍 <input type="checkbox"/> (1)本國籍 <input type="checkbox"/> (2)外國籍，國籍：_____</p> <p>3. 過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？ <input type="checkbox"/> (1)否 <input type="checkbox"/> (2)是，請說明居住國家(地區)：_____</p> <p>4. 要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具有高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序？<input type="checkbox"/> (1)否 <input type="checkbox"/> (2)是，請說明：_____</p> <p>5. 是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民代表、公務機關首長) <input type="checkbox"/> (1)否 <input type="checkbox"/> (2)是，請說明：_____</p> <p>6. 工作年收入與其他收入(新台幣) <input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 301~500萬元 <input type="checkbox"/> 501萬元以上</p>	<p>要保人為法人</p> <p>1. 設立時間：民國_____年_____月_____日</p> <p>2. 負責人：_____</p> <p>3. 行業 <input type="checkbox"/> (1)一般行業 <input type="checkbox"/> (2)註一所列行業</p> <p>4. 註冊地：<input type="checkbox"/> (1)本國 <input type="checkbox"/> (2)外國，國家：_____</p> <p>5. 法人是否得發行無記名股票？ <input type="checkbox"/> (1)否 <input type="checkbox"/> (2)是 <input type="checkbox"/> 已發行者，已採取適當措施確保其實際受益人之更新</p> <p>6. 客戶屬性：<input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註二)</p>
---	--

1. 繳交保險費的資金來源 工作收入 存款 保單借款 貸款 其他：_____

2. 投保前三個月內客戶是否有辦理貸款或保險單借款？ (1)否 (2)是

註一：律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。軍火商、不動產經紀人。當舖業、融資從業人員。寶石及貴金屬交易商。藝術品/骨董交易商、拍賣公司。基金會、協會/寺廟、教會從業人員。博弈產業/公司。匯款公司、外幣兌換所。外交人員、大使館、辦事處。虛擬貨幣的發行者或交易商。

註二：專業客戶：要保人或被保險人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。

【個人件&要保人為自然人之集體彙繳件】被保險人資料

被保險人姓名	工作年收入與其他收入(新台幣)	家中主要經濟來源者	是否投保其他旅遊保險	身故受益人身分、其順位及應得比例是否適用民法繼承編規定
<input type="checkbox"/> 同要保人	<input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 301~500萬元 <input type="checkbox"/> 501萬元以上	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 被保險人本人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(請說明原因/姓名/ID/關係)
	<input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 301~500萬元 <input type="checkbox"/> 501萬元以上	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 被保險人本人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(請說明原因/姓名/ID/關係)
	<input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 301~500萬元 <input type="checkbox"/> 501萬元以上	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 被保險人本人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(請說明原因/姓名/ID/關係)
	<input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 301~500萬元 <input type="checkbox"/> 501萬元以上	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 被保險人本人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(請說明原因/姓名/ID/關係)
	<input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 301~500萬元 <input type="checkbox"/> 501萬元以上	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 被保險人本人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(請說明原因/姓名/ID/關係)

*若被保險人為已婚者，請於年收入欄位填寫夫妻雙方年收入及其他收入總和。*若被保險人為未成年人/學生時，請於年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入及其他收入總和。*要保人為自然人且每位被保險人投保金額在500萬元以下者，請填寫代表或第一位被保險人資料即可；投保金額超過500萬者請逐一填寫。

【招攬經過】

1. 投保目的與需求： 旅遊保障 商務差旅 其他_____

2. 招攬經過： 親友 保戶介紹 職域開拓 陌生拜訪 主動投保 其他：_____

3. 其他有利核保資訊(補充說明)：_____

※業務員聲明事項

- 要保書之被保險人職業及告知事項，確實經本人向要、被保險人說明；並確認要保人、被保險人及受益人之身分及關係，且親晤要保人、被保險人及法定代理人親自簽名。
- 本人向要、被保人招攬時，已評估過要、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的相當性，要保人確已了解其所繳保費係用以購買保險商品，並於面見要、被保險人後作成本保險需求及適合度評估暨業務員報告書，且遵守「保險業防制洗錢及打擊資助恐怖主義注意事項」及「金融消費者保護法」事項，如有不實致美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司受損害時，願負賠償之責，特此聲明。
- 本人已向要保人說明本次購買保險商品之重要內容、繳費方式、相關費用、本保險商品受有保險安定基金之保障以及申訴管道。
- 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)

招攬單位：_____ 招攬人員簽名：_____ 保險經紀人公司/代理人公司簽章：_____

中華民國_____年_____月_____日

信用卡付款授權書(旅平險專用)

申請日期： 年 月 日

保單號碼	要保人姓名	被保險人姓名(與要保人同一人得免填)	
授權人姓名	授權人身分證字號		
授權人出生年月日	授權人聯絡電話	(H)	(M)
與要/被保險人關係	授權人係為 <input type="checkbox"/> 要保人本人 <input type="checkbox"/> 被保險人本人 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請說明關係) (僅限 要/被保險人之父母、配偶、子女、兄弟姐妹之關係，並須檢附相關證明文件)		
信用卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> JCB	發卡銀行：_____ (請務必填寫)		
信用卡號：_____ - _____ - _____			
信用卡有效期限： / (月/年)			
信用卡授權人簽名：_____ (須與信用卡之簽名樣式相同)	要保人簽(章)：_____ (須與要保書之簽名樣式相同)		
注意事項：本人確實收受安達產險所提供之『產險業履行個人資料保護法告知義務內容』。			

保險費信用卡付款授權約定條款

- 授權人同意信用卡發卡機構按期自本授權書所指定信用卡(以下簡稱信用卡)帳戶內扣款，並代為支付指定保單應繳保險費(含首期/續期/續保)予美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱安達產險)。
- 若授權人以信用卡繳付續期/續保保險費，授權人應於續期/續保保險費應繳日前 20 天將本授權書送達安達產險，經審核後始生效力，逾期送達者延至次期(續期)或約定扣款日(續保)始生效力；若授權人欲變更繳費信用卡時，應重新填寫授權書，並於當期保險費應繳日前 7 天，將授權書送達安達產險，原授權書即告終止，逾期送達者延至次期(續期)或約定扣款日(續保)始生效力。
- 本授權書因填寫內容不全、錯誤或下列任一情形發生時，則自該事由發生日起失其效力：
(1)發卡機構不同意授權人依指定信用卡繳交保險費。(2)要保人無繳納保險費義務時。(3)要保人變更收費方式或終止保險契約之程序完成時。(4)授權人與發卡機構信用卡契約終止時。
- 保單之授權人因第 2 點情事致發卡機構無法扣款並繳付保險費予安達產險時，指定收費方式將自動轉換為「自行繳費」或安達產險指定之收費方式；如有寬限期間者(續期)，依照原保單條款約定事項處理。
- 請款結果若有信用卡之信用額度扣除未償金額後不足支付該期應繳保險費之情形時，則於保單有效期內，安達產險保有再次請款之權利。本授權書效力不因指定保單保險費發生變動而受影響。
- 授權人以信用卡代繳保險費後，該筆保險費將併入當月份之信用卡消費明細中，授權人於收到當月份之繳款通知單後，應依發卡機構信用卡契約之約定全數繳納，或繳納最低應繳金額，未繳清之餘額則依信用卡約定條款之利率加計循環利息。各筆循環信用利息以各發卡機構約定條款之起息日計算，與指定保單之寬限期無關。
- 授權人對安達產險之保險費計算、退補保險費或授權內容有所疑義，應自行與安達產險洽詢，概與發卡機構無涉。
- 若安達產險經由此項服務業務所收取保險費有退還之必要時，除另有約定外，安達產險得逕行退還該款項予持卡人。
- 授權人指定繳付之信用卡如有卡號或有效期變動等情事時，授權人應主動通知安達產險並重新填寫授權書，依第 2 點辦理生效。授權人不為或怠於前述通知及辦理相關程序，致安達產險無法以本授權書之信用卡自發卡機構取得各期保險費之信用卡授權時，不生繳付保險費之效力。原授權書於新授權書生效後即行終止。
- 授權人重填授權書前，安達產險就其指定之信用卡卡號不變之年度續卡，仍得依本授權書向發卡機構請求信用卡授權繳付應繳保險費。
- 授權書終止前應繳付予安達產險之保險費，授權人仍應依發卡機構所發之繳款通知書向發卡機構支付。
- 指定保單之被保險人身故或完全失能時，如發卡機構已將身故或完全失能後原應繳之保險費支付予安達產險者，授權人仍應依發卡機構所發之繳款通知書向發卡機構支付；倘有應退補款項，依第 8 點規定辦理。
- 授權人以同一張信用卡同時授權安達產險代繳二張以上保單之保險費時，代繳順序由安達產險衡量授權人之信用卡信用額度餘額與保單狀況權衡處理，要保人及授權人均無異議。
- 授權人應確實填寫本授權書各項資料，如有冒用他人帳戶使用者，須自負法律責任。
- 安達產險應依個人資料保護法等相關法令，就本授權書填載資料負保密義務，不得任意洩漏予非執行本授權書業務之第三人，亦不得作本授權書目的範圍以外之使用。如欲對您所提供之個人資料，為查詢、閱覽、補充、更正或請求製作副本、停止處理、利用或請求刪除等，依個人資料保護法第三條規定行使各項權利，請洽客服專線。
- 上列約定條款如有未盡事宜，授權人得授權安達產險與發卡機構隨時協商修改之。

【以下由安達產險填寫】

(20240613版)

受理人員/日期	經辦人員/日期	覆核人員/日期



【旅行平安保險】書面分析報告

一. 基本資料(塗改請要保人親簽)

要保人(<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 本次投保0800 CALL IN旅平險		性別	
		年齡	____年/____月/____日 歲:____

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, _____(人壽/產物)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:_____
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
被保人是否於其他商業保險投保旅平險? (僅投保旅平險需填寫)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, _____保險公司

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"/> _____(人壽/產物)保險股份有限公司提供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	商品名稱_____
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: _____

保經簽署人章: _____

日期: _____年 _____月 _____日

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