



兆豐產物個人保險要保書

- ※ 本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站 (<https://www.cki.com.tw>) 查閱，或親臨本公司(100 台北市武昌街一段五十八號) 及各分支機構洽詢。
- ※ 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。
- ※ 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。
- ※ 被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將依契約條款之約定返還未到期保險費。
- ※ 本商品受保險安定基金之保障，並依該基金之動用範圍及限額規定辦理。

113 年 9 月 12 日兆產備字第 1134300589 號函備查

保險單號碼		續保號碼		報價單號碼			
保險期間		自民國 年 月 日 24 時起一年					
被保險人	姓名	身分證統一編號		出生日期	民國 年 月 日		
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____	年齡		
	公司名稱	職稱		工作內容			
	住所地址	□□□		職業代碼 (由本公司填寫)			
	E - M A I L	※.數字 0 請以 0 書寫		與要保人之關係			
電話	住宅：	公司：		手機：			
要保人	<input type="checkbox"/> 同被保險人(可免填要保人相關欄位)		電子保單	<input type="checkbox"/> 本人同意使用【電子保單且不寄送紙本保單】寄送至指定要保人之 E-MAIL 帳號，勾選電子保單手機號碼或 E-MAIL 必填，若有缺漏則改發紙本。			
	姓名	身分證統一編號		出生日期	民國 年 月 日		
	住所地址	□□□		國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國_____		
	E - M A I L	※.數字 0 請以 0 書寫					
	電話	住宅：	公司：		手機：		
受益人	※除身故保險金以外，其餘各項保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理指定或變更。被保險人身故時，如本契約保險金尚未給付或未完全給付，則以被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。						
	<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人，須填寫下列欄位						
	姓名	身分證字號	出生日期	國籍	與被保險人關係	聯絡住址、電話	
	1					<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話	
	2					<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話	
3					<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 同被保險人聯絡地址/電話 指定聯絡地址/電話		
※注意事項：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。							
繳費方式		<input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 郵政劃撥 <input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> _____		繳別	年繳		
是否加保續保附加條款： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (若未勾選視為不加保)							
附加傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款：對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或為抑制、防止、鎮壓恐怖主義者之行為或與其有關之行動，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，其給付額度依本附加條款約定辦理，最高以新台幣二百萬元為限。							
※被保險人為未滿十五歲之未成年，或受監護宣告尚未撤銷者，其給付依保險法第一百零七條及第一百零七條之一規定辦理。							
承保範圍			保險金額(單位：新台幣元)				
			方案 A	方案 B	方案 C	方案 D	
個人責任保險(甲型) 每一次意外事故保險金額/保險期間內累計最高賠償金額/每一次意外事故之自負額			50 萬/50 萬/2,000 元		100 萬/100 萬/2,000 元		
平安個人傷害保險(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)			100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
平安個人傷害保險特定意外傷害事故保險給付附加條款 -火災、閃電雷擊、爆炸、一氧化碳中毒、地震、颱風、洪水、土石流、電梯、搭乘大眾運輸交通工具意外事故(身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金)			100 萬	200 萬	300 萬	500 萬	
平安個人傷害保險 傷害醫療 保險給付 附加條款 (加值型)	1.傷害醫療住院日額保險金 連續住院超過 30 日(含住進特定病房日數)，自第 31 日起以傷害醫療住院日額保險金 1.5 倍計算		1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,500 元	
	2.傷害醫療特定病房日額保險金 自入住特定病房起以傷害醫療住院日額保險金 2 倍計算						
	3.意外門診手術醫療保險金						
傷害保險食物中毒慰問金附加條款			5,000 元	5,000 元	5,000 元	5,000 元	
平安個人傷害保險住院安心療養給付附加條款			1,000 元	1,000 元	2,000 元	2,000 元	
每人年保險費			1-2 類	<input type="checkbox"/> 1,584 元	<input type="checkbox"/> 2,406 元	<input type="checkbox"/> 3,439 元	<input type="checkbox"/> 5,175 元
			3 類	<input type="checkbox"/> 1,584 元	<input type="checkbox"/> 2,406 元	<input type="checkbox"/> 3,439 元	
			4 類	<input type="checkbox"/> 3,092 元	<input type="checkbox"/> 4,754 元	<input type="checkbox"/> 6,830 元	

【請續填下頁】

【接續上頁】

自選醫療附加方案(不得與上述傷害險方案交叉附加)

醫療附加方案		保險金額(單位:新台幣元)			
		附約 A	附約 B	附約 C	附約 D
傷害醫療保險給付附加條款(實支實付型正本)(需檢附醫療費用收據正本)		1 萬	2 萬	3 萬	3 萬
平安個人傷害保險特定失能生活扶助保險金附加條款		50 萬	100 萬	100 萬	100 萬
平安個人傷害保險住院慰問金附加條款		3,000 元	3,000 元	3,000 元	3,000 元
平安個人傷害保險顏面傷害失能保險給付附加條款		10 萬	20 萬	20 萬	20 萬
平安個人傷害保險輔助器具費用附加條款		1 萬	3 萬	3 萬	3 萬
每人年保險費	1-2 類	<input type="checkbox"/> 689 元	<input type="checkbox"/> 1,043 元	<input type="checkbox"/> 1,265 元	<input type="checkbox"/> 1,265 元
	3 類	<input type="checkbox"/> 689 元	<input type="checkbox"/> 1,043 元	<input type="checkbox"/> 1,265 元	
	4 類	<input type="checkbox"/> 1,447 元	<input type="checkbox"/> 2,191 元	<input type="checkbox"/> 2,656 元	
合計總保險費		_____元			

【告知事項】

要保人及被保險人對告知事項應據實告知並親自填寫,如有為隱匿或遺漏不為說明,或為不實的說明,足以變更或減少本公司對於危險的估計者,本公司得依照保險法第六十四條解除本保險契約。

一、被保險人之職業及兼業: _____。

二、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?

1. 高血壓(指收縮壓 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(外表無法明顯判斷者)、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。

是 否

三、目前身體機能是否有下列障害?

1. 失明。2. 是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥,且一目視力經矯正後,最佳矯正視力在萬國視力〇、三以下。3. 聾。4. 是否曾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五十分貝(dB)以上。5. 啞。6. 咀嚼、吞嚥或言語機能等障害。7. 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。

是 否

以上各項答覆為「是」時,請註明號數並詳加說明,如有診察治療記錄,請告知病名(外傷者,含受傷部分)、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。

【聲明事項】

一、本人(被保險人)同意兆豐產物保險公司得蒐集、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)同意兆豐產物保險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(被保險人、要保人)同意兆豐產物保險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。

※ 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明?如勾選是者,請提供。(請勾選)是 否

※ 被保險人目前是否受有監護宣告?如勾選是者,請提供相關證明文件。(請勾選)是 否

※ 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?(投保實支實付型商品時勾選)是 否

※ 兆豐產物保險公司保有承保與否之最終權利。

本人(要保人)已審閱 貴公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」、「投保人須知」及「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」,並於下方欄位簽名:



要保人簽名: _____ 法定代理人/監護人簽名: _____ (要保人未成年或受監護宣告者須簽名)

健康傷害
保險相關
審閱內容

要保人簽名: _____ 被保險人簽名: _____ 法定代理人簽名: _____
要保日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (要/被保險人未成年者需由法定代理人簽名)

下列欄位由保險公司填寫

兆豐產險欄位	主管核定	核保	經辦	業務員簽名		保經代欄位	招攬人員簽名		保經、代公司簽章
				登錄字號			登錄字號		
				員工編號			營業單位名稱		
				商品專案代號	EQ		營業單位代號		



【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



「特別提醒事項聲明書」

本人(即要保人及被保險人)茲聲明並確認已瞭解本次申請投保含實支實付型保險給付之商品(以下簡稱本商品)其保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註 1)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，貴公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

本人(即要保人及被保險人)聲明本次投保已詳閱本聲明書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所投保商品理賠原則。

此致 兆豐產物保險股份有限公司

要保人簽章：_____法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ (註 2)

被保險人簽章：_____法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ (註 3)

業務員/保險經紀人(保險代理人)簽名：_____

註 1：同性質保險商品：係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如：數張實支實付型傷害醫療保險為同性質，但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

註 2：如要保人為未滿 7 歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如要保人為 7 歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

註 3：如被保險人為未滿 7 歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如被保險人為 7 歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

中華民國 年 月 日

保險需求及適合度評估暨業務員報告書

險別： <input type="checkbox"/> 傷害保險 <input type="checkbox"/> 健康保險 <input type="checkbox"/> 微型保險〔請填*問項〕 <input type="checkbox"/> 旅行平安保險〔由團體成員自行全額負擔保費者，以要保人(單位)為主填報一份〕				
要保單位/ 要保人	名稱/ 姓名	負責人 姓名	統編/ 身分證字號	
	法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ 法人營業地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____	國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍	客戶屬性： <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業
被保險人 <input type="checkbox"/> 同要保人		國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍	客戶屬性： <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業
一、被保險人之健康狀態：(旅行平安保險免填) 1.外觀體況： <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 肥胖 <input type="checkbox"/> 虛弱 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 黃疸 <input type="checkbox"/> 病態。 2.被保險人的四肢五官是否有殘缺障礙或畸形： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，若是，請註明詳情 _____				
*二、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：若是，請說明居住國家(地區) _____。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
*三、要保人或被保險人是否現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)：若是，請說明 _____。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
*四、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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
五、要/被保險人投保目的： <input type="checkbox"/> 增加保障 <input type="checkbox"/> 風險移轉 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 旅行保障 <input type="checkbox"/> 其他 _____。				
六、身故受益人是否指定為配偶、直系親屬或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？ 若否，請說明關係及原因 _____。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
七、要/被保險人或家中主要經濟者之財務狀況： 1.要保人年收入與其他收入： <input type="checkbox"/> 0~30 萬 <input type="checkbox"/> 31 萬~60 萬 <input type="checkbox"/> 61 萬~100 萬 <input type="checkbox"/> 101 萬~150 萬 <input type="checkbox"/> 151 萬以上 _____ 萬 2.要保人家庭年收入： <input type="checkbox"/> 0~30 萬 <input type="checkbox"/> 31 萬~60 萬 <input type="checkbox"/> 61 萬~100 萬 <input type="checkbox"/> 101 萬~150 萬 <input type="checkbox"/> 151 萬以上 _____ 萬 3.被保險人年收入與其他收入：(同要保人免填) <input type="checkbox"/> 0~30 萬 <input type="checkbox"/> 31 萬~60 萬 <input type="checkbox"/> 61 萬~100 萬 <input type="checkbox"/> 101 萬~150 萬 <input type="checkbox"/> 151 萬以上 _____ 萬 4.被保險人家庭年收入：(同要保人免填) <input type="checkbox"/> 0~30 萬 <input type="checkbox"/> 31 萬~60 萬 <input type="checkbox"/> 61 萬~100 萬 <input type="checkbox"/> 101 萬~150 萬 <input type="checkbox"/> 151 萬以上 _____ 萬 5.家中主要經濟來源為被保險人之： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
八、要/被保險人是否投保(或正在投保)其他商業保險？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
九、要/被保險人於投保前 3 個月內是否有辦理終止契約、貸款或保險單借款？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
十、繳交保險費的資金來源： <input type="checkbox"/> 工作收入 <input type="checkbox"/> 投資收入 <input type="checkbox"/> 儲蓄 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 解約 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 其他 _____。				
十一、本契約是經由： <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 原已相識 <input type="checkbox"/> 朋友/保戶介紹 <input type="checkbox"/> 要/被保險人要求 <input type="checkbox"/> 其他 _____。				
十二、要保書上是否確係由要/被保險人及法定代理人簽名或要保單位正式蓋章確認？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
十三、招攬時是否確認要保人(要保單位)/被保險人及法定代理人之身分，並核對要保書填載內容確實無誤？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
十四、本保單之規劃，要保人與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，分析與評估保費、保額及保障需求間之適當性，且符合投保條件，無僅以理財、節稅、資金運用作為招攬之主要訴求及未有鼓勵或勸誘以貸款或保險單借款方式購買保險？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
十五、招攬時是否已向要保人與被保險人說明本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
十六、招攬人員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)。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
業務員聲明事項： 1.要保書之被保險人姓名、身分證字號、生日、職業及告知事項，確經本人當面向要、被保險人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。 2.本人向要、被保險人招攬時，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、被保險人後作成本保險需求及適合度評估暨業務員報告書，如有不實致兆豐產險受損害時，願負賠償責任，特此聲明。				
註一：(1)產險公會報主管機關備查行業：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 (2)配合金控母公司 CRR 一致性新增行業：金融業。信託及公司服務供應商。賭場。金融服務業及保險業。預付卡及移動支付和互聯網支付服務業。金錢或價值移轉服務業。證券業。非營利組織之社團法人。國際貿易商。 註二：本報告書之部分問項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。 註三：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。				
單位經辦	招攬單位	業務員親簽	保經代簽章	日期
				_____年____月____日



兆豐保險

兆豐產物保險股份有限公司

CHUNG KUO INSURANCE CO., LTD.

信用卡付款授權書

保險種類: 健康及傷害險

信用卡卡號: _____ 有效日期(西元): ____ 月 ____ 年

信用卡種類: VISA(4) MASTER(5) JCB(3) AE*(3763、3776)

授權碼(由保險公司填寫):

法人授權信用卡付款聲明書
茲聲明授權書內信用卡之持卡人為法人要保人負責人，並同意以授權書內信用卡帳戶扣繳本公司保險費。

立書日期: ____ 年 ____ 月 ____ 日

付款金額: _____ 元

持卡人身分證號碼: _____ (請務必填寫)

發卡銀行:

要保人簽章:

(須為保險公司配合之發卡機構，查詢網址：
<https://www.cki.com.tw/Page/Index/83>)

持卡人連絡電話:

*請與要保書簽名相同

授權人(持卡人)親自簽名:

授權人(持卡人)姓名:

*請與信用卡背面簽名式樣相同

*請正楷填寫中文全名

*請擇一勾選下列關係

信用卡持卡人為

一、要保人之 1. 本人、2. 法人負責人

二、被保險人之 1. 本人、2. 配偶、3. 子女、4. 父母、5. 孫子女、6. 祖父母、7. 兄弟姊妹

*非要/被保人本人時請提供身分證正反面、或戶籍謄本、或戶口名簿等關係證明文件影本。關係為法人負責人者須同經濟部商業司「商工登記公示資料查詢服務」查詢該法人之「代表人」，如無於商工登記資料請於上開聲明書用印佐證

本授權書所列關係為遵照 109 年 8 月 14 日金管保壽字第 1090425855 號函文規範辦理。

**附加續保條款
信用卡授權約定事項**

持卡人(須為要保人、被保險人本人或被保險人之父母、配偶、子女)同意以本授權書之信用卡支付上開保險之 首期 續期 首期及續期保險費(未勾選者視同授權支付首期及續期)。

- 一、授權人(持卡人)同意以信用卡支付上開保險費金額予兆豐產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司)，並保證上列信用卡資料均詳實無訛。
- 二、本項交易經發卡機構及「信用卡輔助持卡人身分驗證平台」核准後，當即寄發保險費收據予被保險人，若未獲核准則本保險費信用卡付款授權書自動失效，本公司得重新收費。
- 三、授權人(持卡人)瞭解本公司依個人資料保護法所告知之事項(網址:<https://www.cki.com.tw/home/privacy>)，且同意基於繳納保費之目的，本公司得蒐集、處理及利用授權人(持卡人)於保險費信用卡付款授權書上載明之個人資料(含關係證明文件)。
- 四、本授權書限使用右述網址內所列發卡機構發行之信用卡(網址:<https://www.cki.com.tw/Page/Index/83>)，且授權人(持卡人)同意由發卡機構確認授權書上載明授權人(持卡人)之信用卡及個人資料身分無誤後授權書始生效力。

兆豐產險服務人員

承辦人:

電話:

傳真號碼:

智能客服

您可掃描右方 QR Code 或連結下方網址使用本公司智能客服查詢保單、理賠、繳費等問題。
<https://robot.cki.com.tw>



保單服務人員(含業務員)須對授權書填寫之內容，包含信用卡資料、身分證證明文件、關係資訊、授權人和要保人簽名等審核無誤。

保單服務人員(含業務人員)簽章處:
