

平安寶一年期團體保險被保險人資料表【限第一次投保使用】

寶祥服務電話：(02)2231-6319 · 0800-000559
傳真：(02)2231-6204

◆保險期間：自 年 月 01 日至 年 月 31 日止

編號：

基本資料	員工姓名	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	員工代號	e-mail
	服務單位			
	聯絡電話 (請留2支以上)	公： <input type="text"/>	宅： <input type="text"/>	手機： <input type="text"/>
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 公司 <input type="checkbox"/> 住家	<input type="text"/>	<input type="text"/>

身分	被保險人姓名	身分證字號	出生年月日	投保方案	保險費	身故受益人姓名/關係 <small>員工可指定(若不指定請填法定繼承人)</small>
員工本人					元	約定為員工本人
配偶					元	
子女 1					元	
子女 2					元	
子女 3					元	
子女 4					元	
員工父母					元	
員工父母					元	

▶失能保險金及醫療保險金之受益人為被保險人本人。
▶投保對象及保險內容請詳閱投保說明書，資料表請自行影印留存。

人數 / 合計保費： 人 元

注意事項

- 保險效期為一年，期間雖中途離職，其效力仍延至當年度保險屆滿日止，續年度請勿繼續投保，如已續保請退回保險證辦理退費，否則保險無效，事故發生後亦同。
- 職業/工作內容限於「台灣地區傷害保險個人職業分類表」1-3類以內(例學生、家管、行政內勤.....等)。保險有效期間現職或轉職如超過第三類者，因工作所致事故則按照比例給付第四至第六類工作者；若屬拒保類及特殊費率者為拒保對象(註)，一律不予給付。

註：(1)戰務人員，(2)礦務人員：為實際從事採礦或礦坑內執行任務之人員，(3)運動員(職業)，(4)機師或空服員：為實際從事飛行任務之人員，(5)船員或海事人員：為實際從事海面上或海面下工作人員，例如：海上鑽油平台工作人員或潛水員，(6)警察、消防人員及執行任務之義警、義消人員，(7)各類競技人員(例如：賽車手)，(8)特殊費率者：遠洋、近海船舶所有工作人員，遊覽船、小汽船之駕駛及工作人員，自由車、角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、國術、拳擊人員，潛水、滑雪、馬術、特技、雪車教練及與賽人員，滑翔機具教練等。

繳費方式

1. 郵政劃撥 (劃撥帳號：18439721 戶名：寶祥保險經紀人股份有限公司)

2. 郵政媒體轉帳——(茲依照臺灣郵政受託代繳款項辦法之規定，依被保險人之帳戶扣繳寶祥規劃團體保險費。)
※請掃描 QR-Code 填寫「自動轉帳付款授權書」※(正本需寄回寶祥)

3. 信用卡——(茲同意授權自本人信用卡帳戶進行自動轉帳作業，以支付保單年度應繳之保險費予本公司。)
發卡銀行： 有效期限： 月 / 西元 20 年
信用卡卡號：

授權人簽名

註：合約期間本公司將通知續保，採郵政媒體轉帳或信用卡繳費者，如未表示不續保或變更者，本人同意按授權資料扣繳續年度保險費。

寶祥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

寶祥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，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集之目的：(一)人身及財產保險。(二)行銷。(三)消費者、客戶管理與服務。(四)調查、統計與研究分析。(五)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：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查、與事故經過相關的查證個人資料等(包含非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如相關業務申請書或契約書及應備文件內容所載。三、個人資料之來源：(一)要保人、被保險人。(二)您或您的法定代理人、輔助人。(三)本公司各項業務內所委託、往來之第三人。(四)各醫療院所。(五)司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。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、產、壽險公司、要保單位、寶健代理人保險股份有限公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構、業務委外機構、與本公司有再保、共同行銷或合作推廣等業務往來之公司、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、依據個資法第三條規定，您就本公司保有您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.查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.請求補充或更正。3.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。六、您不提供個人資料所致權益之影響：若您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，因此可能延遲、遲延或無法提供您相關服務或給付。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法等相關法令所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

此致
寶祥保險經紀人股份有限公司

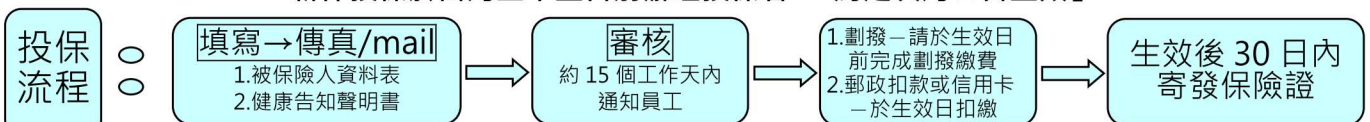
立同意書人(即被保險人)簽名：

※未滿七歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人親自簽名；七歲(含)以上未成年者，由被保險人本人及法定代理人親自簽名。

立同意書人之法定代理人 簽名： 中華民國 年 月 日

◎歡迎影印使用 112/06/01 寶網

~~~ 填妥『被保險人資料表』後，請繼續填寫『被保險人健康告知聲明書』~~~  
新件投保於當月二十五日前辦理投保者，『約定次月1日生效』



# 平安寶一年期團體保險被保險人健康告知聲明書

## 一、基本資料

| 關係   | 被保險人姓名 | 身分證字號 | 出生日期 | 身高 | 體重 | 服務單位/職稱/詳細工作內容 | 兼業工作內容 |
|------|--------|-------|------|----|----|----------------|--------|
| 員工本人 |        |       |      |    |    |                |        |
| 配偶   |        |       |      |    |    |                |        |
| 子女1  |        |       |      |    |    |                |        |
| 子女2  |        |       |      |    |    |                |        |
| 子女3  |        |       |      |    |    |                |        |
| 子女4  |        |       |      |    |    |                |        |
| 員工父母 |        |       |      |    |    |                |        |
| 員工父母 |        |       |      |    |    |                |        |

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

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

## 二、告知事項(資料表寄回後,如於生效日前,有就醫記錄者,請逕向寶祥索取健康聲明書,履行告知義務)

| ●被保險人對下列告知事項應據實告知並親自填寫,如有隱匿、遺漏或不實之說明,足以影響本公司對於危險之估計者,本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約中該被保險人部分,保險事故發生後亦同。                                                                                                                 | 員工本人                     |                          | 配偶                       |                          | 子女                       |                          | 員工父母                     |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                | 是                        | 否                        | 是                        | 否                        | 是                        | 否                        | 是                        | 否                        |
| 1.最近二個月內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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.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?<br>(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。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.目前身體機能是否有下列障害?<br>(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表○.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、吞嚥或言語機能障害。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

以上詢問事項勾選「是」者,

請註明題號並詳細說明檢查原因、時間、地點、項目、及結果或疾病名稱、發病時間、症狀、治療院所、治療方式、治療時間及結果。

| 答覆為「是」時 | 題號 | 姓名 | 疾病/意外名稱 | 診治日期 | 就診醫院 | 是否住院                                                            | 是否手術                                                            | 最後就診日期及現在狀況                                              |
|---------|----|----|---------|------|------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|         |    |    |         |      |      |                                                                 | <input type="checkbox"/> 是,約____天<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |
|         |    |    |         |      |      | <input type="checkbox"/> 是,約____天<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否        | ____年____月____日<br>結果:                                   |
|         |    |    |         |      |      | <input type="checkbox"/> 是,約____天<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否        | ____年____月____日<br>結果:                                   |
|         |    |    |         |      |      | <input type="checkbox"/> 是,約____天<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否        | ____年____月____日<br>結果:                                   |

【本健康告知聲明書如有塗改,請於塗改處簽名】

## 三、同意事項:請詳閱被保險人資料「個資告知書及特種個資同意書」

被保險人同意暨簽名: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

※未滿七歲者或無行為能力人,由法定代理人代為簽名及法定代理人親自簽名;七歲(含)以上未成年者,由被保險人本人及法定代理人親自簽名。

未成年者其法定代理人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

©歡迎影印使用 112/06/01 寶網

