

**A.聯絡資料：**

保險期間： 年 月 日至 年 月 日止

員工姓名	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	員工編號	e-mail
聯絡電話	公： 宅：	手機：	傳真：
通訊地址	□□□□□□		

**B.投保資料：**

關係	被保險人姓名	身分證字號	出生日期	身高(cm)	體重(kg)	服務單位/職稱/ 工作內容(含兼職)	投保方案 (請勾選)	身故保險金受益人 姓名/關係
員工							<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	(請勾選)
配偶							<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 依保險契約約定 <input type="checkbox"/> 另行指定如右
子女1							<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	
子女2							<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	
子女3							<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	
父母							<input type="checkbox"/> C	
父母							<input type="checkbox"/> C	

**C.告知事項：**

被保險人注意事項：「告知事項」應由被保險人親自填寫並誠實告知，如有故意隱匿、或因過失遺漏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，本公司得解除被保險人資格，其保險事故發生後亦同。

投保者，請回答下述第 1~5 項告知是否有為“是”之情事？.....是 否

- 最近二個月內是否曾受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？
- 過去二年內是否曾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、帕金森氏症。(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。
- 過去五年內是否曾受傷或生病住院治療七日以上？
- 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表〇.三以下。(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、吞嚥或言語機能障害。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。
- 是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？如是者，請提供。

綜合上述每一項問題中，如有告知為“是”，請註明被保險人姓名、問題號碼、詳述原因或疾病名稱、症狀、大約治療時間、地點及結果。健康檢查之原因、大約時間、地點、項目及結果。

**D.被保險人親簽暨聲明同意事項：**

1.身故保險金受益人如未另行指定者，本人(被保險人)同意依保險契約約定：員工/配偶父母約定為：法定繼承人；配偶/子女/員工父母約定為：員工。  
2.合約期間本公司將通知續保，採郵政媒體轉帳或信用卡授權繳費如未表示不續保或變更者，本人(被保險人)同意授權資料扣繳續年度保險費。

<p><b>病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書</b></p> <p>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。</p> <p><b>被保險人監護宣告詢問事項</b></p> <p>配合『保險法』部分條文修正，為瞭解被保險人目前是否受有監護宣告？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是(姓名： )，並請提供相關證明文件。</p> <p>以上二項 此致 寶祥保險經紀人股份有限公司</p> <p>立同意書人(即被保險人)簽名： _____ / _____ / _____</p> <p>立同意書人之法定代理人 簽名： _____ / _____ / _____</p> <p>倘超過二位(含)以上法定代理人簽名時，請分別註明所代理之被保險人姓名 中華民國 年 月 日</p>	<p><b>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</b></p> <p>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(下稱個資法)第6條第2項、第8條第1項規定(如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項)，向您告知下列事項，請您詳閱：</p> <p>一、蒐集之目的：(一)人身及財產保險經紀(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：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(包含本件保險契約於申請承保時所填之「例如投保或申請契約變更時」非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如本申請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)司法警覺機關、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、寶健代理人(股)公司、要保單位、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、業務委託外機構、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、請求閱覽或請求複製製本。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，因此可能延誤、遲延或無法提供您相關服務或給付。</p>
---	---

**E.繳費方式：**

郵政劃撥(劃撥帳號：18439721 戶名：寶祥保險經紀人股份有限公司)

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。)

※請掃瞄 QR-Code 填寫「自動轉帳付款授權書」※(正本需寄回寶祥)

信用卡(限上列投保被保險人之一，茲同意授權本人信用卡支付保單年度應繳之保險費予承保公司。)

身分證字號：\_\_\_\_\_ 發卡銀行：\_\_\_\_\_ 銀行 有效期：\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_年

卡號：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

授權人簽名： \_\_\_\_\_

簽單日 年 月 日



# 寶祥保險經紀人股份有限公司

委託機構代號	5	0	N
--------	---	---	---

## 自動轉帳付款授權書

媒體產生日期：

立授權書人(以下稱授權人)\_\_\_\_\_授權郵局依照寶祥保險經紀人股份有限公司提供之資料,自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式,交付保險費費用;惟帳戶餘額不足支付帳款時,則不予轉帳。

郵局如因電腦系統故障、電腦設備故障、電信線路故障、停電、斷電、第三人之行為、不可抗力或其他不可歸責於郵局之事由致無法於約定日期完成轉帳作業時,郵局得順延至前開障礙事由排除後始進行轉帳作業,因而所致之遲延或損失,授權人同意免除郵局之一切責任。但該障礙事由係郵局之故意或重大過失所致者,不在此限。

授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時,自行洽寶祥保險經紀人股份有限公司查詢釐清及辦理補、退款等事宜,且授權書上屬於寶祥保險股份有限公司與授權人間權利義務之約定事項與郵局無關者,概與郵局無涉。

本授權書簽訂完成後,其效力不受帳戶所有人原留印鑑變更影響;原扣款帳戶辦理轉移者,將自動由新帳戶繼續扣款。授權人欲終止轉帳扣款時,應以書面方式向郵局或寶祥保險經紀人股份有限公司辦妥終止授權手續。

授 權 人	戶名											
	身分證 統一編號											
	<input checked="" type="checkbox"/> 存簿帳號											
	<input type="checkbox"/> 劃撥帳號											
	聯絡電話	(宅) _____ (公) _____ (手機) _____										
	聯絡地址											
授權人用印(請蓋原留印鑑)												
授權書填寫日期 年 月 日												

委 託 機 構 確 認 欄	<p>一、用戶編號：</p> <p>二、本授權書確由帳戶所有人填具(未成年人已取得法定代理人同意),且內容(印鑑除外)確認無誤。</p> <p>三、已確認授權資料建檔內容與授權書所填相符。</p> <p>確認人： _____ 主管(複核)： _____ 委託機構章： _____</p>
---------------------------------	---

郵 局	<p>審核： _____ 核印： _____ 註記： _____</p>
--------	--------------------------------------

第1聯：郵局存查聯(永久保管)