中華郵政工會

【安心守護】一年期團體傷害保險專案投保資料

MAL1120814

傳真:(02)2231-6204 可影印使用

A.聯絡資料：

保險期間： 年 月 日至 年 月 日止

員工姓名	□已婚 □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 (初次投保限滿 15 足歲至未滿 65 足歲並居住國內者)	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							□A □B	(請勾選) □依保險契約約定 □另行指定如右	
配偶							□A □B		
子女 1							□A □B		
子女 2							□A □B		
子女 3							□A □B		
父母							□C		
父母							□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

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?
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?
   (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。
3. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?
4. 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○.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。
5. 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）同意按授權資料扣繳續年度保險費。

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。

被保險人監護宣告詢問事項

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？
□否 □是(姓名:)，並請提供相關證明文件。

以上二項
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：_____/_____/_____

_____/_____/_____

立同意書人之法定代理人 簽名：_____

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

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(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：

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本次理賠前「例如於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、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：您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、遲延或無法提供您相關服務或給付。

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----（茲依照中華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

規劃服務／寶祥保險經紀人股份有限公司 電話／(02)2231-6319 傳真／(02)2231-6204
email：pro.ins@msa.hinet.net