

兆豐產物疫苗接種暨法定傳染病保障健康綜合保險要保書

- ※ 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，或親蒞本公司(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。
- ※ 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滿期保險費。
- ※ 本保險商品為非保證續保之保險商品。
- ※ 本商品無疾病等待期。
- ※ 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。

未滿3足歲無法承保。

111年1月5日兆產備字第1104300853號函備查

保單號碼	第	號	<input type="checkbox"/> 新保 <input type="checkbox"/> 續保，原保單號碼：		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">不必填寫</div>				
保險期間	自民國 年 月 日 24時起一年								
被保險人	姓名	000	國籍	本國籍	身分證統一編號	A000000000	出生日期	00年00月00日	
	住所	23100市00區00路000號00樓				保險年齡	歲		
	電話	(公司)00-0000-0000 (住家)00-0000-0000 (手機)0900-000-000			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	服務單位	00有限公司	工作內容	00企劃	職業類別	由保險公司填寫 與要保人之關係			
要保人	<input type="checkbox"/> 同被保險人(可免填以下要保人欄位)								
	姓名	000	國籍	本國籍	身分證統一編號	A000000000	出生日期	00年00月00日	
	住所	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所。 <input checked="" type="checkbox"/> 其他如右：23100市00區00路000號00樓							
	E-MAIL	*數字0請以0書寫 000@gmail.com			電子保單	<input checked="" type="checkbox"/> 本人同意使用【電子保單且不寄送紙本保單】寄送至要保人之E-MAIL帳號或手機號碼，若有缺漏則改發紙本。			
	電話	(公司)00-0000-0000 (住家)00-0000-0000 (手機)0900-000-000							

承保範圍		保險金額(單位：新臺幣)		
		方案 A	方案 B	
罹患法定傳染病定額補償健康保險	罹患法定傳染病定額補償保險金(同一法定傳染病限一次)	25,000 元/次	50,000 元/次	
法定傳染病隔離費用定額補償保險	隔離費用定額補償保險金(同一法定傳染病限一次)	12,000 元/次	25,000 元/次	
疫苗接種不良事件費用補償保險	住院日額保險金(同一保單年度最高給付45日) (入住加護病房或負壓隔離病房日數，加一倍給付住院日額保險金)	3,000 元/日	3,000 元/日	
	住院日額增額保險金(連續住院三日以上-含入院及出院日) (同一保單年度以給付三次為限)	15,000 元/次	15,000 元/次	
	殯葬費用保險金	300,000 元	300,000 元	
繳費方式	<input checked="" type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 郵政劃撥/匯款 <input type="checkbox"/>		年繳保險費	<input type="checkbox"/> 529 元 <input checked="" type="checkbox"/> 806 元

自動續保附加條款：同意附加 (若未勾選者視為不同意附加)

被保險人目前是否因法定傳染病經中華民國衛生主管機關之要求，正在接受隔離、檢疫或自主健康管理之處置？是 否。

受益人 殯葬費用保險金受益人限法定繼承人，其他各項保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。被保險人身故時，如本保險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適用民法繼承編相關規定，應得保險金之比例準用遺產繼承規定之比例。

【聲明事項】

- 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。
- 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载本人資料轉送產、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(被保險人、要保人)同意兆豐產物保險公司就本人之

【注意事項】

本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業」蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。

被保人簽名!! (若被保人未滿7歲需由法定代理人代簽被保人姓名)

要保人簽名!!

要保人簽名： 被保險人簽名： 法定代理人簽名： (未滿7足歲由法定代理人代簽) (要/被保險人未滿20歲者需由法定代理人簽名)

要保日期：民國 年 月 日

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	業務員簽名	保代/保經簽署章
				業務員登錄字號		業務員登錄字號	
				保經代代號		營業單位名稱	
				代號		營業單位代號	

此為保險公司及保經代欄位，不必填寫!!

兆豐產物保險股份有限公司

保險需求及適合度評估暨業務員報告書

險別：傷害保險 健康保險 微型保險〔請填*問項〕
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〕

壹、要/被保險人資料

一、基本資料、體況：

(一)要/被保險人之基本資料

	要保人	被保險人 / <input type="checkbox"/> 同要保人
姓名	000	000
身分證統一編號	A000000000	A000000000
國籍	<input checked="" type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____	<input checked="" type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____
職業	<input checked="" type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業	<input checked="" type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業
負責人	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	
法註冊地	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	
法營業地	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	
客戶屬性	<input checked="" type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)	

(如為外國請填寫國別)

(二)被保險人之健康狀態：(旅行平安保險免填)

- 外觀體況：健康 普通 肥胖 虛弱 蒼白 黃疸 病態
- 被保險人的四肢五官是否有殘缺障礙或畸形：是 否，若"是"請註明詳情_____。

* (三)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：
是 否，若是，請說明居住國家(地區)_____。

* (四)要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)：是 否，若是，請說明_____。

* (五)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：
是 否。

二、要/被保險人投保目的：

- 增加保障 風險移轉 子女教育經費
房屋貸款 旅行保障 其他_____

三、要/被保險人/身故受益人身分之確認：

- (一)要/被保險人關係：本人/夫妻/配偶/子女 本人
 (二)身故受益人是否指定配偶或直系親屬：
是 否，若"否"請詳填下欄：

受益人姓名	
身分證號碼	
與被保險人關係	
指定該受益人的原因	

四、要/被保險人或家中主要經濟者之財務狀況：

(一)要保人年收入與其他收入：
0~30萬 31萬~60萬 61萬~100萬
101萬~150萬 151萬以上_____萬

(二)被保險人年收入與其他收入：(同要保人免填)
0~30萬 31萬~60萬 61萬~100萬
101萬~150萬 151萬以上_____萬

(三)要保人家庭年收入：
0~30萬 31萬~60萬 61萬~100萬
101萬~150萬 151萬以上_____萬

(四)被保險人家庭年收入：(同要保人免填)
0~30萬 31萬~60萬 61萬~100萬
101萬~150萬 151萬以上_____萬

(五)家中主要經濟者姓名：_____，為被保險人之：
本人 配偶 父母 子女 其他_____

五、要/被保險人是否投保(或正在投保)其他商業保險：
否 是，公司名稱：_____

六、繳交保險費的資金來源：
工作收入 投資收入 儲蓄 退休金 解約
保單借款 貸款 其他_____

七、要保人與被保險人於投保前3個月內是否有辦理終止契約、貸款或保險單借款？是 否

貳、業務員招攬經過

- 本契約是經由：陌生拜訪 原已相識 朋友/保戶介紹 要/被保險人要求 其他_____。
- 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：是 否
- 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：是 否
- 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：是 否
- 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：是 否
- 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)：是 否

參、業務員聲明事項

- ※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。
 ※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。博奕產業/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。金錢或價值轉移服務業。證券業。非營利組織之社團法人。
 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
 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、其他經主管機關認定之機構。

此為保險公司及神揚保代欄位，請勿填寫喔！

單位經辦	招攬單位	業務員親簽	簽署人簽章	日期
				____年____月____日

兆豐產物保險股份有限公司

信用卡付款授權書

①

②

立書日期：_____年____月____日

被保險人	保單、保卡、保險證、繳費號碼(請擇一填寫)	佰	拾	萬	仟	佰	拾	元	授權碼	授權碼由本公司填寫
	000				③	8	0	6	不須填寫	
	保險費總金額									

信用卡卡號：○○○○-○○○○-○○○○-○○○○ 有效日期(西元)：○○月○○年

④

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要、被保險人之公司商務卡或其負責人，或其員工，並同意以授權書內信用卡帳戶扣繳本公司保險費。

聲明人(要、被保險人)之大小章或發票章：

信用卡種類：VISA MASTER JCB AE

持卡人身分證號碼：_____ (請務必填寫)

發卡銀行：

(須為下列保險公司配合之發卡機構)

持卡人連絡電話：

要保人簽名(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：

⑤

*請與信用卡背面簽名式樣相同

*請以正楷填寫

持卡人與 要保人 被保險人之關係為(請勾選本欄及右列關係)：
本授權書所列關係依 109 年 8 月 14 日
金管會保壽字第 1090425855 號函辦理

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，或為 8. 公司商務卡 9. 法人員工 10. 法人負責人
(2.~7. 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，8.~9. 請於左列聲明書處用印，10. 持卡人須同「商工登記公示資料查詢服務」查詢該法人之「代表人」或於左列聲明書處用印)

*請優先選擇持卡人与要保人關係並依數字由小到大順序擇一填寫，且持卡人非要、被保險人者須檢附關係文件。

- 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(以下簡稱兆豐產險公司)，並保證上列信用卡資料均詳實無訛。
- 二、本項交易經聯合信用卡處理中心核准後，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，兆豐產險公司得重新收費。
- 三、授權人(持卡人)同意基於繳納保費之目的，兆豐產險公司得蒐集、處理及利用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)，俾利請款作業，並瞭解該公司依個人資料保護法所告知之事項。
- 四、本授權書限以下列發卡機構發行之信用卡授權始生效力，且授權人(持卡人)同意以授權書上載明之個人資料由發卡機構確認授權人(持卡人)身分無誤後，得以信用卡帳戶扣繳兆豐產險公司保險費。

保險公司信用卡扣繳保費配合之發卡機構名單

兆豐產險服務人員

兆豐銀行、台新銀行、中國信託銀行、玉山銀行、國泰世華銀行、台北富邦銀行、樂天信用卡、上海銀行……等發卡機構，其餘發卡機構名單請於下列網址或掃描右下角 QR code 查詢。

網址：<https://www.cki.com.tw/Page/Index/83>



承辦人：
電話：
傳真號碼：

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(含業務員)簽章：

神揚保險代理人履行個人資料保護法第八條第一項告知義務內容

神揚保險代理人股份有限公司（以下稱神揚保代）、神揚保代所代理之兆豐產物保險股份有限公司（以下稱兆豐產險），為保險業務之合作，依據個人資料保護法（以下稱個資法）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 台端告知。兆豐產險之個人資料告知事項亦請至該公司官網查詢。神揚保代之個人資料告知事項如下，敬請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

（一）財產保險；（二）人身保險；（三）保險代理；（四）行銷；（五）消費者、客戶管理與服務；（六）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：

依主管機關公告之個人資料類別（包括但不限於載於各項聲請文件之客戶、其代理人及法定代理人之姓名、身分證統一編號、聯絡方式等個人資料）

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）與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於神揚保代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：神揚保代、業務委外機構、其他與神揚保代合作推廣之對象。
- （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， 台端就神揚保代保有之個人資料得行使之權利及方式：

（一）得向神揚保代行使之權利：

1. 向神揚保代查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
2. 向神揚保代請求補充或更正。
3. 向神揚保代請求停止蒐集、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，神揚保代將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能無法提供 台端相關服務。

目的外利用當事人個人資料同意書

本人茲聲明經神揚保代向本人明確告知特定目的外之利用目的、範圍及同意與否對本人權益之影響後，本人 同意 不同意（無勾選視為不同意）成為神揚保代之會員及以下事項：

- 一、目的外利用之範圍：提供神揚保代及其關係企業、合作廠商之優惠權益、優惠活動與最新商品訊息等行銷、服務或業務需要之目的範圍。
- 二、個人資料類別：依主管機關公告之個人資料類別（包括但不限於載於各項聲請文件之客戶、其代理人及法定代理人之姓名、身分證統一編號、聯絡方式等個人資料）。
- 三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式：依法令規定應為保存之期間內，神揚保代將提供關係企業、合作推廣之對象所在之地區進行合於法令之利用方式。
- 四、本人已明知依據個資法第3條規定所享有之權利。
- 五、本人得自由選擇是否提供相關個人資料，若拒絕提供，本人將無法享有相關之特定優惠內容。

本人得隨時至神揚保代之官方網站查詢更新之與神揚保代特約合作、推廣或關係企業之第三人名單。

請要保人確認簽名

同意人：_____（簽章）

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日