

【專案二】 宏泰人壽公教人員團險優惠福利專案 加保同意書

◆參加保險計劃別

本 人	☐ 計劃 A (2765 元) ☐ 計劃 B (4210 元) ☐ 計劃 C (5655 元) ☐ 計劃 F (4450 元) ☐ 計劃 G (8070 元) ☐ 計劃 H (670 元) ☐ 計畫 I (1300 元)
配 偶	☐ 計劃 A (2765 元) ☐ 計劃 B (4210 元) ☐ 計劃 C (5655 元) ☐ 計劃 F (4450 元) ☐ 計劃 H (670 元)
子 女	☐ 計劃 A (2765 元) ☐ 計劃 E (1270 元) ☐ 計劃 H (670 元) 子女共____人參加。
父 母	☐ 計劃 D (4115 元) ☐ 計劃 H (670 元) ☐ 父 ☐ 母，共____人參加。
新加保退休教師、續保滿 65 歲者	☐ 計劃 F (4450 元) ☐ 計劃 H (670 元)

◆員工基本資料

姓 名		身份證字號		出生日期	年 月 日
聯絡地址				服務單位	
行動電話		連絡電話		E-MAIL	
受益人		身分證字號		係被保險人之	

◆加保之眷屬資料 (子女須出生滿 14 日且已健康出院，最高承保至 23 歲，須在學未婚)

關係	姓 名	身份證字號	出生年月日	工作性質、內容	受益人	身份證字號	係被保險人之
配偶			年 月 日				
子女			年 月 日				
子女			年 月 日				
子女			年 月 日				
子女			年 月 日				
父母			年 月 日				
父母			年 月 日				
備註	■職業類別限第一至第二類。						

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

新世代保險經紀人有限公司(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：

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) 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 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：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：

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。

每位被保險人簽名		未成年法定代理人	
----------	--	----------	--

要保單位		業務人員		填表日期	年 月 日
------	--	------	--	------	-------

(附件)

宏泰人壽保險股份有限公司
團體保險被保險人基本資料/告知事項



※為確保資料的正確性，保險對象姓名請以正楷填寫，以下各欄資料如有塗改處請登章確認

基本資料												
要保單位：		部門/單位：		職稱：		到職日：		聯絡電話/分機：				
被保險人	姓名	出生日期	身分證統一編號	性別	工作內容	投保計畫別	身故/喪葬費用保險金受益人		() 繳保險費			
							姓名	關係				
員工				☐ 男 ☐ 女					☐ 同要保單位 ☐ 不同意提供(註)	元		
配偶				☐ 男 ☐ 女					☐ 同要保單位 ☐ 不同意提供(註)	元		
子女①				☐ 男 ☐ 女					☐ 同要保單位 ☐ 不同意提供(註)	元		
子女②				☐ 男 ☐ 女					☐ 同要保單位 ☐ 不同意提供(註)	元		
○子女③ ○父親				☐ 男 ☐ 女					☐ 同要保單位 ☐ 不同意提供(註)	元		
○子女④ ○母親				☐ 男 ☐ 女					☐ 同要保單位 ☐ 不同意提供(註)	元		
總保費	總保費合計為：_____元 註：如身故/喪葬費用保險金受益人以身分別指定，或不同意填寫受益人之聯絡地址及電話者，則以要保人最後所留之聯絡方式作為日後身故/喪葬費用保險金受益人之通知依據。											
被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險： ☐ 是， ☐ 否。若答是，請詳細註明被保險人姓名_____												
被保險人是否已投保其他商業實支實付型醫療保險： ☐ 是， ☐ 否。若答是，請詳細註明被保險人姓名_____												
被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ ☐ 是， ☐ 否。如勾選為是者，請提供手冊或證明之影本。												
被保險人目前是否受有監護宣告？ ☐ 是， ☐ 否。如勾選為是者，請提供相關證明文件。												
被保險人健康告知事項												
訂立契約時，要保人及被保險人對於本要保書中「告知事項」之書面詢問，應據實說明並親自填寫。如有故意隱匿，或因過失遺漏或為不實之說明，足以變更或減少本公司對於危險之估計者，本公司依保險法第64條之規定得解除本保險契約；其危險發生後亦同。												
一、過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？（亦可提供檢查報告代替回答）												
二、最近二個月是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？												
三、過去五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) 高血壓症（指收縮壓140mmHg 舒張壓90mmHg 以上）、狹心症、心肌梗塞、心肌梗厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。												
(2) 腦中風（腦出血、腦梗塞）、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙（外表無法明顯判斷者）、巴金森氏症、精神病。												
(3) 肺炎腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。												
(4) 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT 值檢驗值有異常情形者)。												
(5) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。												
(6) 視網膜出血或剝離、視神經病變。												
(7) 癌症（急性腫瘤）。												
(8) 血友病、白血症、貧血（再生不良性貧血、地中海型貧血）、紫斑症。												
(9) 糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。												
(10) 紅斑性狼瘡、膠原症。												
(11) 愛滋病或愛滋病帶原。												
四、過去一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) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。												
(2) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。												
(3) 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。												
(4) 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。												
(5) 痛風、高血脂症。												
(6) 青光眼、白內障。												
(7) 乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人請回答)。												
五、是否已確知懷孕？如是，已經幾週：_____週（女性被保險人請回答）												
六、目前身體機能狀況是否有失明、聾啞或言語、咀嚼、四肢機能障害？												
七、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？												
依保險法第127條之規定，健康保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險公司對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。												
八、被保險人有投保健康險時，請回答現在是否仍患有下列疾病：												
弱視、中耳炎、內耳疾病、重聽、頭部外傷、骨折、氣胸、肺炎、胸部畸形及脊柱彎曲、椎間盤症脫出或分離、僵直性脊椎炎、骨髓及關節疾病、風濕性關節炎、甲狀腺腫、肝腫大、良性腫瘤或未經證實為良性或惡性之腫瘤、神經痛、鼻竇炎、心雜音、心臟擴大、心臟瓣膜疾病（脫垂、狹窄、閉鎖不全）、腦動靜脈畸形瘤、不整脈、缺鐵性貧血、急性貧血、蠶豆症、慢性胃炎、膽石症、膽囊炎、痔瘡、腎結石、膀胱結石、尿道炎及輸尿管結石、陰囊水腫、疝氣、脊柱機能障礙、中樞神經機能障礙、酒精或藥物濫用成癮、脂肪肝、川崎氏症、腦膜炎、鼻中隔彎曲、骨盆腔炎、攝護腺肥大、子宮頸炎、子宮頸癌、子宮肌瘤、卵巢囊腫？												
九、被保險人有投保傷害險時，請回答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 0.3 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 50 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。												
身高：	員工	公分	配偶	公分	子女	公分	子女	公分	子女/父親	公分	子女/母親	公分
體重：	員工	公斤	配偶	公斤	子女	公斤	子女	公斤	子女/父親	公斤	子女/母親	公斤
告知事項回答為「是」者時，請註明序號，告知人姓名、病名、症狀、疾病部位、就診大約日期、方式、結果、就診醫院：												

聲明事項

- 本人（被保險人）同意宏泰人壽保險股份有限公司得蒐集、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）同意宏泰人壽保險股份有限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或理賠之參考，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）同意宏泰人壽保險股份有限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。
- 本人（被保險人、要保人）已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保宏泰人壽保險股份有限公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知宏泰人壽保險股份有限公司有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，而宏泰人壽保險股份有限公司仍承保者，宏泰人壽保險股份有限公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知宏泰人壽保險股份有限公司者，同意宏泰人壽保險股份有限公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部份不負給付責任，但關於實支實付型醫療保險，宏泰人壽保險股份有限公司應以「日額」方式給付。

每位被保險人_____親簽 未成年者其法定代理人簽名：_____

填寫日期 年 月 日

保險公司回覆欄

退件原因： ☐ 拒保 ☐ 問卷 ☐ 填寫不完整 ☐ 其它 _____	複核	初核
說明欄：		



宏泰人壽履行個人資料保護法告知義務內容

宏泰人壽保險股份有限公司(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 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

- 一、**蒐集之目的:**本公司為執行下列事項,將在合法範圍內蒐集、處理及利用您的個人資料。1. 人身保險(00一)2. 金融服務業依法令(包含美國海外稅收遵循法)規定及金融監理需要,所為之蒐集處理及利用(0五九)3. 非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(0六三)4. 契約、類似契約或其他法律關係業務(0六九)5. 消費者、客戶管理與服務(0九0)6. 財稅行政(0九五)7. 其他自為人基於正當性目的所進行個人資料之蒐集處理及利用(一七六)8. 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)
- 二、**蒐集之個人資料類別:**本公司蒐集您的個人資料內容詳如各相關業務申請書或契約書內容所載欄位,例如:姓名、生日、身分證統一編號、地址及其他聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等。
- 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(二)當事人之法定代理人、輔助人(三)各醫療院所(四)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、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、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、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司有合作推廣或共同行銷之公司、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,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:書面、電子郵件、傳真、電子文件。
- 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,因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

宏泰人壽病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個資法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法規定,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,將於人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、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 台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料時,本公司將可能無法提供 台端相關人身保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人),已瞭解上述說明,並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內,得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保公司辦理再保險核保或理賠業務。立同意書人併此聲明,此同意係出於本人意願下所為之意思表示。

此致 宏泰人壽保險股份有限公司

立同意書人(即被保險人)親簽: _____

日期: ____年____月____日

法定代理人親簽: _____

法定代理人與立同意書人關係: _____