



三井住友海上集團

明台產物保險

CHB

CHANG HWA BANK

彰化銀行

商品名稱	明台產物重大傷病健康保險甲式
給付項目	重大傷病保險金、重大傷病特別慰問保險金
商品文號	108.08.15 明精字第 1080000966 號函備查

健康保3.0

一年期重大傷病保險

200多項重大傷病保障，療養金一次給付

依循健保認定，理賠簡單無爭議

勾選自動續約，到期續保真方便

投保免體檢、額外給付特別慰問保險金

※消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率（預定附加費用率）35%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽明台產物保險公司業務員、服務據點（免付費電話：0800-528-528）或網站（網址：<https://www.msig-mingtai.com.tw>），以保障您的權益。

※本保險商品未提供契約撤銷權，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。

※本簡介僅供參考，詳細保單內容以保單條款為準，客戶投保前應詳細閱讀保單條款內容。

※投保後解約可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。

※本保險商品，非存款商品，不受「存款保險」保障。

※本商品為保險商品，依保險法及相關規定受「保險安定基金」保障。

※稅法相關規定或解釋之改變可能會影響本商品之稅賦優惠。

※本商品由明台產物保險公司提供，彰化銀行代理銷售，惟明台產物保險公司保留本商品核保及最後承保與否之一切權利。

※本保險商品係為非保證續保之健康保險商品。

※本保險商品為健康保險，首年度之疾病等待期間為30日，癌症等待期間為90日；本保險商品為重大傷病健康保險，首年度之疾病等待期間為30日，癌症等待期間為90日。

※資訊公開聲明：明台產物保險公司為滿足客戶充分了解公司經營資訊及消費大眾權益，有關明台產物保險公司資訊公開請見事項，請至明台產物保險公司網址（<https://www.msig-mingtai.com.tw>）查閱，或至明台產物保險公司總分支機構查閱及索取資訊公開之書面文件。

※明台產物保險總公司地址：臺北市仁愛路四段1號

※客戶服務及申訴管道：

明台產物保險股份有限公司客戶服務及申訴管道：

免費申訴電話：0800-099-080

彰化銀行客戶服務及申訴管道：0800-365-889

彰化銀行保險代理人處客戶服務及申訴管道：

電話：02-2521-4879；

e-mail：chbins@chb.com.tw

DM版本：109.07版
第1頁，共12頁





專案特色

01



理賠一次給付
減緩經濟壓力

02



保費負擔輕鬆
補充健保保障

03



理賠認定簡便
只需重大傷病證明
項目從新從優

04



投保免體檢

05



額外給付
特別慰問保險金

06



保費計算基礎
為5歲一階



投保注意事項

本保險商品首年度投保時，適用等待期（疾病等待期為30日，癌症等待期為90日），
待期滿後該項保障始生效力，續保時則無等待期限制。

- ❶ 消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。
- ❷ 保險期間：一年
- ❸ 投保年齡：新保件15足歲-60歲，可續保至65歲（以保險年齡計算，限本國人士投保，須具備有效全民健康保險被保險人身份）
- ❹ 保險年齡：投保時，實際年齡有未滿一歲但超過六個月之零數時，其保險年齡按實際年齡加計一歲；若零數未超過六個月者，保險年齡即為實際年齡。
- ❺ 本保險商品為健康保險，首年度之疾病等待期間為30日，癌症等待期間為90日；
本保險商品為重大傷病健康保險，首年度之疾病等待期間為30日，癌症等待期間為90日。
- ❻ 投保限制：
 - (1) 最高投保新臺幣200萬且每位被保險人累計同業重大傷病及重大疾病保險金最高投保金額為新臺幣500萬元（含產、壽險同業）為限。
 - (2) 個人健康險三個月內密集投保同業累積家數最高以產、壽險3家（含明台產物保險公司）為限。
 - (3) 不保職業：
 1. 專案不保職業：
船員、潛水漁夫、礦坑內工作人員、海上礦業潛水人員、船體切割人員、航空公司飛行訓練人員、直升機、輕航機航空器駕駛人員、爆破工作人員、潛水工作人員、硫酸、鹽酸、硝酸製造工、有毒物製造工、火藥爆竹製造及處理人員、戰地記者、特技演員、動物園馴獸師、馬戲團馴獸師、電力高壓電工程設施人員、油漆工、噴漆工、救難小組、泛舟安全人員、登山嚮導、鎮暴警察、霹靂小組、特種兵、軍事單位武器、彈藥研究及管理人員、戰鬥機飛行員、海軍海洋巡戈、拳擊、潛水、滑水、馬術、特技表演、雪車、駕駛滑翔機具、汽車及機車賽車、跳傘等危險運動者...等。（其餘未列出的限保人員依明台產物保險公司職業分類表辦理）
 2. 懷孕婦女不得投保此專案。（保險期間懷孕及續保不受此限）
 - (4) 不保項目：
 1. 先天性凝血因子異常。
 2. 先天性新陳代謝異常疾病。
 3. 心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常。
 4. 先天性免疫不全症。
 5. 職業病。
 6. 先天性肌肉萎縮症。
 7. 外皮之先天畸形。
 8. 早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。
 - (5) 本保險商品為非保證續保之健康保險，明台產物保險公司保有承保與否之權利。
 - (6) 被保險人未參加全民健康保險者不予承保。
 - (7) 被保險人曾經取得或現在正在申請全民健康保險保險人所核定之「重大傷病」的資格不予承保。
 - (8) 過去兩年內曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥後仍因同一傷病而被要求做以下的檢驗或檢查者不予承保。
 1. 六個月內有二次或二次以上的X光或超音波或血液檢查。
 2. 細胞學或內視鏡或核磁共振或電腦斷層檢查或正子攝影檢查。
 3. 肌電圖或神經傳導檢查。
- ❼ 本保險商品經賠付重大傷病保險金後，契約效力即行終止。
- ❽ 其他未盡說明事項，依明台產物保險公司保單條款及核保作業要點、手冊相關規定。



專案承保範圍

本保險商品保障被保險人於保險契約有效期間內，因疾病或意外事故所致之損害經「全民健康保險局」認定符合「重大傷病」資格，且符合本保險商品「重大傷病範圍者」，明台產物保險公司給付「重大傷病保險金」及「重大傷病特別慰問保險金」。有關「全民健康保險局」認定「重大傷病資格」，請詳閱保單條款。

前項「重大傷病範圍」所載之項目於首年度訂立本契約時即勾選同意『自動續約』並持續續保時，保障範圍認定採「從新從優」，則承保項目依該年度中央主管機關公告之重大傷病項目為準，不受日後被刪除影響；但若新增項目，則主動納入保障範圍。

若未勾選同意『自動續約』，則僅適用於該年度保險期間，當續保重簽要保書時，則以續保當年度中央主管機關公告之重大傷病項目為準。



重大傷病承保範圍



不保事項

被保險人有下列情形之一者，明台產物保險公司不負給付「重大傷病保險金」及「重大傷病特別慰問保險金」的責任：

- 一、被保險人於投保前曾經取得全民健康保險保險人核給之重大傷病證明。
- 二、被保險人於投保前曾經由診治醫師確認符合重大傷病資格，且免除全民健保部分負擔者。
- 三、被保險人於投保時已在申請全民健康保險保險人核發重大傷病證明中。

因前項情形而免給付保險金者，本契約無效，明台產物保險公司將無息退還已繳保險費予要保人。



保費計算說明

P.S. (1) 因首年度有等待期間故較續年度保費便宜

P.S. (2) 請注意該費率表以五年為一階，舉例若 39 歲投保隔年滿 40 歲續保時保費亦會變動



請先依被保險人性別參考對應費率表，男性請參閱上半部男性費率表，女性請參閱下半部女性費率表。



請您依重大傷病的保障額度決定方案別。



接下來選定符合您的保險年齡。



初次投保請參閱首年保費，續保客戶請參考續年保費。



費率表 - 男性

新臺幣：元

承保項目	專案一		專案二		專案三	
	50 萬重大傷病保險金 5,000 元重大傷病特別慰問保險金		100 萬重大傷病保險金 10,000 元重大傷病特別慰問保險金		200 萬重大傷病保險金 20,000 元重大傷病特別慰問保險金	
保險年齡(歲)	首年	續年	首年	續年	首年	續年
15 足歲 ~ 19	810	1,015	1,620	2,030	3,240	4,060
20 ~ 24	1,115	1,315	2,230	2,630	4,460	5,260
25 ~ 29	1,365	1,620	2,730	3,240	5,460	6,480
30 ~ 34	1,670	1,975	3,340	3,950	6,680	7,900
35 ~ 39	2,275	2,730	4,550	5,460	9,100	10,920
40 ~ 44	2,985	3,590	5,970	7,180	11,940	14,360
45 ~ 49	4,445	5,355	8,890	10,710	17,780	21,420
50 ~ 54	6,210	7,520	12,420	15,040	24,840	30,080
55 ~ 60	8,485	10,255	16,970	20,510	33,940	41,020
61 ~ 65 (限續保)	-	14,600	-	29,200	-	58,400

費率表 - 女性

新臺幣：元

承保項目	專案一		專案二		專案三	
	50 萬重大傷病保險金 5,000 元重大傷病特別慰問保險金		100 萬重大傷病保險金 10,000 元重大傷病特別慰問保險金		200 萬重大傷病保險金 20,000 元重大傷病特別慰問保險金	
保險年齡(歲)	首年	續年	首年	續年	首年	續年
15 足歲 ~ 19	710	860	1,420	1,720	2,840	3,440
20 ~ 24	1,015	1,215	2,030	2,430	4,060	4,860
25 ~ 29	1,215	1,470	2,430	2,940	4,860	5,880
30 ~ 34	1,670	2,025	3,340	4,050	6,680	8,100
35 ~ 39	2,230	2,735	4,460	5,470	8,920	10,940
40 ~ 44	2,990	3,650	5,980	7,300	11,960	14,600
45 ~ 49	4,200	5,060	8,400	10,120	16,800	20,240
50 ~ 54	5,565	6,680	11,130	13,360	22,260	26,720
55 ~ 60	6,630	8,000	13,260	16,000	26,520	32,000
61 ~ 65 (限續保)	-	11,085	-	22,170	-	44,340

服務人員：

※資訊公開聲明：

本公司為滿足客戶充分了解公司經營資訊及消費大眾權益，有關本公司資訊公開說明事項，請至本公司網址 (<https://www.msig-mingtai.com.tw>) 查閱，或至本公司總分支機構查閱及索取資訊公開之書面文件。



三井住友海上集團

明台產物保險股份有限公司

總公司：臺北市仁愛路四段1號
免費申訴電話：0800-099-080

客戶服務專線：0800-528-528
網址：<https://www.msig-mingtai.com.tw>



三井住友海上集團

明台產物保險股份有限公司



商品不保事項

總公司：臺北市仁愛路四段一號 電話：(02) 2772-5678 傳真：(02) 2772-6666

※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。

※資訊公開聲明：本公司為滿足客戶充分了解公司經營資訊及消費大眾權益，有關本公司資訊公開說明事項，請至本公司網址 (<https://www.msig-mingtai.com.tw>) 查閱，或至本公司總分支機構查閱及索取資訊公開之書面文件。

※免費申訴電話：0800-099-080

※本保險商品為非保證續保之健康保險。

明台產物重大傷病健康保險甲式要保書

保險期間：自民國____年____月____日午夜 12 時起，為期一年。(保險期間由本公司填寫) 108.11.01 明精字第 1080001279 號函備查

保險單號碼	第	號，本單係	第	號續保
-------	---	-------	---	-----

※要保人【請以正楷填寫，如有塗改者，請要保人於塗改處簽名確認。】

姓 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號		出生日期	年 月 日
代 表 人				國 籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____(國名)
住 所 (通訊地址)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 電子保單 (本人同意設定電子保單，且不寄送紙本保單) * 勾選電子保單行動電話及E-MAIL必填，若有缺漏則改發紙本 電話：_____ 行動電話：_____ E-MAIL：_____	

※被保險人

姓 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號		要、被保險人關係	
出生日期	年 月 日	年 齡	____歲，(以足歲計算、超過六個月加一歲)		
住 所 (通訊地址)	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			國 籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍_____(國名)
				電話：	
				行動電話：	
				E-MAIL：	
被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明 (請勾選)? <input type="checkbox"/> 是 (請提供手冊或證明), <input type="checkbox"/> 否					
被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如勾選是者，請提供相關證明文件。					
被保險人是否參加全民健康保險? <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否					
被保險人是否曾經取得或現在正在申請全民健康保險保險人所核定之「重大傷病」的資格? <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否					

※保險內容

承保內容	保險金額 (新臺幣元)		
	本保險商品首年度之疾病等待期間為 30 日，癌症等待期間為 90 日		
	<input type="checkbox"/> 專案一	<input type="checkbox"/> 專案二	<input type="checkbox"/> 專案三
重大傷病保險金	50 萬	100 萬	200 萬
重大傷病特別慰問保險金	5,000 元	10,000 元	20,000 元
總保險費 (新臺幣元)			

擇一勾選 (未勾選視為不同意)	自動續約	本保險契約內含自動續約條款，依條款之約定於保險期間屆滿時，逐年自動辦理續約，並收取續約保險費，請勾選次年度自動續約繳費方式或表達不同意之意願。(未勾選視為不同意)
	<input type="checkbox"/> 銀行扣款轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡簽帳單	
	<input type="checkbox"/> 不同意自動續約	

※健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司以被保險人身故日 (含) 起算，按日數比例計算未滿期保費退還要保人。

※告知事項

【本要保書所載告知事項，敬請對下列告知事項應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以影響本公司對危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條規定解除契約。】

被保險人工作內容	服務機關	身高：_____公分
職 稱	兼 職	體重：_____公斤
一. 過去兩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）..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 二. 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 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？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (1) <input type="checkbox"/> 高血壓症（指收縮壓140mm舒張壓90mm以上） <input type="checkbox"/> 狹心症 <input type="checkbox"/> 心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 心肌梗厚 <input type="checkbox"/> 心內膜炎 <input type="checkbox"/> 風濕性心臟病 <input type="checkbox"/> 先天性心臟病 <input type="checkbox"/> 主動脈血管瘤 (2) <input type="checkbox"/> 腦中風（腦出血、腦梗塞） <input type="checkbox"/> 腦瘤 <input type="checkbox"/> 腦動脈血管瘤 <input type="checkbox"/> 腦動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 重症肌無力 <input type="checkbox"/> 智能障礙（外表無法明顯判斷者） <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 精神病 (3) <input type="checkbox"/> 肺氣腫 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張症 <input type="checkbox"/> 塵肺症 <input type="checkbox"/> 肺結核 (4) <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 肝內結石 <input type="checkbox"/> 肝硬化 <input type="checkbox"/> 肝功能異常（GPT、GOT檢驗值有異常情形者） (5) <input type="checkbox"/> 腎臟炎 <input type="checkbox"/> 腎病症候群 <input type="checkbox"/> 腎機能不全 <input type="checkbox"/> 尿毒 <input type="checkbox"/> 腎囊胞 (6) <input type="checkbox"/> 視網膜剝離或出血 <input type="checkbox"/> 視神經病變 (7) <input type="checkbox"/> 癌症（惡性腫瘤） (8) <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 白血血病 <input type="checkbox"/> 貧血（再生不良性貧血、地中海型貧血） <input type="checkbox"/> 紫斑症 (9) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 類風濕性關節炎 <input type="checkbox"/> 肢端肥大症 <input type="checkbox"/> 腦下垂體機能亢進或低下 <input type="checkbox"/> 甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下 (10) <input type="checkbox"/> 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 膠原症 (11) <input type="checkbox"/> 愛滋病或愛滋帶原		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？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (1) <input type="checkbox"/> 酒精或藥物濫用成癮 <input type="checkbox"/> 眩暈症。 (2) <input type="checkbox"/> 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 胰臟炎 (3) <input type="checkbox"/> 肝炎病毒帶原 <input type="checkbox"/> 肝膿瘍 <input type="checkbox"/> 黃疸 (4) <input type="checkbox"/> 慢性支氣管炎 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 肺膿瘍 <input type="checkbox"/> 肺栓塞 (5) <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 高血脂症 (6) <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 白內障 (7) <input type="checkbox"/> 乳腺炎 <input type="checkbox"/> 乳漏症 <input type="checkbox"/> 子宮內膜異位症 <input type="checkbox"/> 陰道異常出血（女性被保險人回答） 五. 目前身體機能是否有失明、聾啞或言語、咀嚼、四肢機能障害。..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 六. 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 七. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？（女性被保險人回答）..... <input type="checkbox"/> 是_____週 <input type="checkbox"/> 否 八. 過去兩年內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥後仍因同一傷病而被要求做以下的檢驗或檢查？（亦可提供病歷或檢查報告） 1. 六個月內有二次或二次以上的 X 光或超音波或血液檢查。 2. 細胞學或內視鏡或核磁共振或電腦斷層檢查或正子攝影檢查。 3. 肌電圖或神經傳導檢查。..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 上述 1 - 8 項的告知事項若勾選「是」者，請詳細說明項目，如有診療紀錄，請告知診治原因、大約診治日期、病名、治療方式、就診醫院、治療結果。

※聲明事項

- 本人（被保險人）同意明台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）同意明台產物保險公司將本要保書上載本人資料轉送產、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）同意明台產物保險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。

※被保險人須具備有效的全民健康保險被保險人身份，才能向「全民健康保險保險人」申請重大傷病證明；取得證明後，始得向本公司申請重大傷病保險金。

※被保險人經醫師首次診斷為重大傷病，並取得「全民健康保險保險人」核發之重大傷病證明，才符合重大傷病保險金申領資格。

※被保險人於投保前曾經取得或投保時正在申請全民健康保險保險人核定重大傷病證明者，或投保前曾經符合屬由診治醫師逕行認定，免向全民健康保險保險人申請重大傷病證明，而得免除全民健保部分負擔之資格者，本公司不負給付「重大傷病保險金」的責任。

※本險重大傷病範圍為「全民健康保險重大傷病範圍」，但不包含以下項目：

- (1) 先天性凝血因子異常。
- (2) 先天性新陳代謝異常疾病。
- (3) 心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常。
- (4) 先天性免疫不全症。
- (5) 職業病。
- (6) 先天性肌肉萎縮症。
- (7) 外皮之先天畸形。
- (8) 早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。

☐本人已確實審閱及瞭解其內容(請勾選)

◎當您已確實且充分瞭解以上說明並願意投保時，請親自書寫「同意投保」字樣於下方空格處。

本人

同 意 投 保

連結全民健康保險重大傷病範圍保險商品。

（請要保人親自書寫「同意投保」字樣）

此 致	要保人簽章：_____
明台產物保險股份有限公司	被保險人簽章：_____
申請日期：中華民國_____年_____月_____日	未成年者其法定代理人簽章/身分證字號：_____

招攬單位填寫欄		明台產物填寫欄	
保險業務員簽名	保險代簽署章	明台經手人代號	明台經紀人代號
保險業務員登錄字號		明台服務人代號	明台統計單位
保險業務員電話		輸 入	核 定
分行名稱/代號			

收件日期：中華民國_____年_____月_____日

業務來源：☐員工件 ☐一般件

若為員工件，請填寫下列資料

員工姓名：_____；被保險人與員工之關係：_____

繳費方式

<input type="checkbox"/> 現金繳款：保險費： <div></div> 元			
以現金繳款者請填以下資料，並請分行將被保險人身分證統一編號輸入傳票摘要代號 *送件時需檢附存款憑條			
帳號：5321-01-00113-500（彰化銀行仁和分行）		戶名：明台產物保險股份有限公司	
銀行入戶日期：（民國） <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日		被保險人身分證統一編號： <div></div>	
<input type="checkbox"/> 信用卡繳費			
<div> 三井住友海上集團</div> <div>明台產物保險股份有限公司 信用卡繳付保費授權書</div>			
信用卡繳付保費授權書約定事項(持卡人請詳閱，並於下方簽名表示同意)： 1. 持卡人同意以信用卡支付保險費予明台產物保險股份有限公司(下稱本公司)，並保證下列信用卡資料均為詳實無訛。 2. 本授權書效力及於本授權書所約定之保險單。若要保人於要保書勾選同意自動續約時，授權人同意本公司得於保險期間屆滿日(遇假日順延至次一營業日)，逕行以本授權書所載明之信用卡扣款支付不限次數之續期保費。 3. 授權人指定繳付之「信用卡」如有卡號變更、停用或有效期限到期等情事時，授權人應主動通知本公司並重新填具授權書；如授權人未通知變更並重新填具授權書，而致遭發卡機構拒絕給付保險費時，不生繳付保險費之效力。原授權書於新授權書生效後即行終止。授權人重填授權書前，本公司就其指定之信用卡卡號不變之年度續卡，仍得依本授權書向發卡機構請求信用卡授權繳付各期應繳保險費。 4. 授權人如因發卡機構代收金額與應繳金額不符時，或對保險費計算、變動有異議者，除依本授權書約定終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力。 5. 授權人指定之信用卡不因日後簽名樣式變更而致使本授權關係失其效力。			
首期保單號碼： <div></div> （由明台產物填寫）		授權號碼： <div></div> （由明台產物填寫）	
續期保單號碼： <div></div>		被保險人： <div></div> 保單簽帳金額：NT \$ <div></div>	
信用卡種類： <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AE			
信用卡卡號： <div></div> - <div></div> - <div></div> - <div></div>		有效期限： <div></div> 月 20 <div></div> 年(西元)	
持卡人姓名： <div></div> （請以正楷填寫）		持卡人電話： <div></div>	
持卡人身分證號碼： <div></div>			
持卡人與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 祖(外祖)父母 <input type="checkbox"/> 孫(外孫)子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 公司負責人			
持卡人簽名： <div></div> （簽名樣式請與信用卡一致）		簽帳日期：民國 <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日	
聲明事項：本人(持卡人)已知悉明台產物保險股份有限公司依個人資料保護法應告知予本人之事項，並充分瞭解明台產物保險股份有限公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的、方式及本人之相關權益。 上開告知事項已公告於本公司官網(https://www.msig-mingtai.com.tw/)，敬請詳閱，如有任何問題歡迎洽詢本公司0800-528-528免付費客服專線。			
<input type="checkbox"/> 轉帳授權(限要保人或被保險人之彰化銀行活期性存款戶)			
1. 本人授權彰化銀行依明台產物保險股份有限公司健康險保費扣款媒體，由本人下列之彰化銀行存款帳戶扣除應付之保費。倘帳戶存款餘額不足，或因其他非可歸責彰化銀行之事由致無法扣繳保費之損失概由本人負責，並應於終止授權時立即通知明台產物保險股份有限公司。 2. 本人於下列存款帳戶向彰化銀行申請數項自動轉帳付款服務時，授權彰銀決定各項轉帳付款之先後順序扣除首期或續期之應付保險費，本人決無異議。 3. 若本人之存款帳號嗣有變更之情形，本人應以書面通知明台產物保險股份有限公司辦理，以利其保費之收受，並於終止此授權時，即應通知明台產物保險股份有限公司。 4. 本人同意扣款日如遇彰化銀行電腦系統故障或其他不可抗力事故當日無法進行扣款作業時，得順延至電腦系統正常運作或其他不可抗力事故排除後之次營業日補行作業。			
存款帳號： <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> - <div></div> <div></div> - <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> - <div></div> <div></div>		授權日期：民國 <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日	
存款戶簽章	(須與存款帳戶章及取款印鑑一致)	銀行經辦 核對印鑑 (請務必簽章確認)	經辦
			負責人
		<input type="checkbox"/> 資料已登錄	

瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨業務員報告書【人身保險】

要保人姓名：		被保險人姓名（與要保人同一人無須填寫）：	
自然人	職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職業 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍	職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職業 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍	
法人	行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業 法人負責人： 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (國名)	行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業 法人負責人： 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (國名)	
客戶屬性：<input type="checkbox"/>非專業客戶<input type="checkbox"/>專業客戶(詳註二)		客戶屬性：<input type="checkbox"/>非專業客戶<input type="checkbox"/>專業客戶(詳註二)	
法人存在證明檢視：<input type="checkbox"/>經濟部商業司工商登記查詢<input type="checkbox"/>營業事業登記證<input type="checkbox"/>其他證明			
法人發行無記名股票狀態：<input type="checkbox"/>無發行<input type="checkbox"/>已發行			
<small>註一職業：律師、會計師、公證人，或其合夥人或受僱人。軍火商、不動產經紀人。當舖業、融資從業人員。寶石商及貴金屬交易者。藝術品/骨董交易者、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者。</small> <small>註二：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：國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、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、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。 (2)要保人或被保險人為法人，其接受財產保險業者提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五千萬元以上。</small>			
1. 招攬經過： (1) 是否主動投保？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，如是，請簡要說明招攬經過： (2) 要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選) <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他(請說明： <input style="width:100px;" type="text"/>)			
2. 要保人與被保險人財務狀況：			
財務狀況	要保人	被保險人（與要保人同一人無須填寫）	說明
個人年收入 (含工作及利息、房租等其他收入)	新臺幣約 萬元	新臺幣約 萬元	*若要保人/被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄位填寫夫妻雙方年收入總和。
家庭年收入	新臺幣約 萬元	新臺幣約 萬元	*若要保人/被保險人為未成年入/學生時，請於家庭年收入欄填寫其父母或法定代理人年收入總和。
資產(含動產與不動產)	新臺幣約 萬元	新臺幣約 萬元	
要保人為法人時需填寫 公司或團體資本額： 萬元，成立時間：民國 年；員工人數： 人，過去三年該公司或團體平均營收： 萬元。			
3. 家中主要經濟來源者(係指個人年收入佔家庭年收入比例最高者)： <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）： <input style="width:100px;" type="text"/>			
4. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險？ <input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否			
5. 要保人、被保險人及實際繳交保險費之利害關係人是否於投保前三個月內有辦理貸款或保險單借款或定存解約利息免打折或解除/終止契約之情形？ <input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否			
6. 本次投保的保費來源為： <input type="checkbox"/> 薪資收入或公司紅利 <input type="checkbox"/> 投資收入 <input type="checkbox"/> 儲蓄 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 財產繼承 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 保險單借款 <input type="checkbox"/> 解除/終止契約 <input type="checkbox"/> 定存解約利息免打折 <input type="checkbox"/> 其他 <input style="width:20px;" type="text"/>			
7. 本保單之規劃，要保人與被保險人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，分析與評估保險費、保額及保障需求間之相當性(適合度)。 <input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否			
8. 有關要保人與被保險人所提供之身分證明文件（身分證、護照、駕照，或其他足資證明其身分之文件等）是否與要保書填載之內容相符？ <input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否			
9. 招攬時，已向要/被保險人說明本次購買保險商品內容之承保範圍、除外不保事項及商品風險、繳納保費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容？ <input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否			
10. 招攬時，已親晤要/被保險人/法定代理人，並確認此文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤？ <input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否			
11. 招攬時，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；若招攬之險種非以電子保單型式出單者，則無需勾選，即便勾選視同無記載) <input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否			
12. 招攬時，已向要保人或被保險人確認要保人與被保險人，及被保險人與受益人之關係及身分？ <input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否			
13. 身故受益人是否指定為配偶、直系親屬或法定繼承人，且順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？ 若否，請說明關係及原因： <input style="width:150px;" type="text"/> 《健康保3.0專案無身故受益人約定，無需勾選，即便勾選視同無記載》 <input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否			
14. 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？若是，請說明居住國家(地區) <input style="width:150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否			
15. 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)？若是，請說明： <input style="width:50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否			
16. 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。 <input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否			
17. 若有其他有利於核保之資訊，請說明： <input style="width:150px;" type="text"/>			
18.業務員聲明如下： (1)本人招攬時確已當面核對要/被保險人/法定代理人身分證明文件，並由要/被保險人/法定代理人親自簽名無誤。 (2)本人具有招攬資格，並已於招攬時評估要/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之相當性、投保目的及需求並完成適合度分析，要保人確已瞭解其所繳保費所購買保險商品之險種、內容及金額。 (3)本人招攬時確已遵守相關法令規範，如有不實致彰化銀行或保險公司受損害時，願負賠償責任。 ※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，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。			
招攬單位：		業務員簽名：	簽署人簽章：
銷售服務確認說明 (請務必勾選)			
一、本人(要/被保險人)投保本商品之保費資金來源是否為貸款或保險單借款或定存解約利息免打折？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如勾選「是」，本案將不受理投保)			
二、本人(要/被保險人)投保本商品之保費資金來源是否為解除/終止契約？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
三、本保單之規劃，本人(要/被保險人)是否已確實了解其投保目的、保險需求，綜合考量其財務狀況以及付費能力，充分清楚其保額及保障需求間之適當性（適合度）？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
四、銷售人員是否已提供下述商品說明資料與投保文件？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (一)產品簡介(二)本保險契約條款樣張(三)要保書填寫說明(四)投保須知(五)彰化商業銀行股份有限公司履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書(人身保險)			
五、經銷售人員詳細說明投保商品之契約內容並揭露相關風險後，已充分了解並完全同意？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
六、本人(要/被保險人)投保前已審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
客戶申訴說明事項			
一、於投保期間或保單生效後，若對於本商品相關服務有疑慮或不滿時，要/被保險人除可向提供本商品之保險公司提出申訴外，亦可採取下述方式提出申訴： 1.向彰化銀行之客服中心，申訴專線：0800-365-889 按9轉接專人 2.向彰化銀行保險代理人處提出申訴，連絡方式如下-電話：02-2521-4879，E-mail：chbins@chb.com.tw			
二、若要/被保險人向提供本商品之保險公司或彰化銀行之申訴處理人員提出申訴後，但該等機構未能於30天內做適當之處置，要/被保險人得向財團法人金融消費評議中心提出申訴。申訴專線：0800-789-885			
本人(要/被保險人)確認銷售業務員具備本保險商品銷售資格及已履行個人資料保護法告知義務，且知悉本專案係保險商品並受保險安定基金保障，投保後短期內解約不利消費者，並對於以上銷售服務確認說明、客戶申訴說明…等事項已完全了解並同意。 此致 彰化商業銀行股份有限公司			
要保人簽名： _____		被保險人簽名： _____ (<input type="checkbox"/> 同要保人)	
法定代理人簽名： _____		中 華 民 國 年 月 日	

明台產物保險公司履行個人資料保護法告知義務內容

明台產物保險公司（以下稱本公司）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：

（一）財產保險（〇九三）（二）人身保險（〇〇一）（三）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：

一般個資（包括但不限於姓名、出生年月日、身分證統一編號、護照號碼、婚姻、職業、聯絡方式、財務情況及其他得以直接或間接方式識別個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容）、特種個資（病歷、醫療、健康檢查等，在法令許可範圍內者）。

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）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）公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人保險犯罪防制中心、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、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、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督機關。

（三）地區：上述對象所在地之地區。

（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，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（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（視業務性質記載）。

【註】：上開告知事項已公告於本公司官網（<https://www.msig-mingtai.com.tw/>），如有任何問題歡迎洽詢本公司0800-528-528免付費客服專線。

人身保險暨財產保險投保人（要/被保險人）須知

茲依「金融消費者保護法」及「金融服務業提供金融商品或服務前說明契約重要內容及揭露風險辦法」之規定，本公司敬告要保人/被保險人（下稱 貴客戶）於投保前須特別注意下列事項：

一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知授權範圍；如業務員未主動出示或告知，請要求其出示並詳細告知。

二、告知義務：要保人對於本公司之書面詢問應據實說明，如有隱匿或遺漏不為說明，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，本公司得解除契約；其危險發生後亦同。

三、貴客戶對於本保險契約之權利行使、變更、解除及終止之方式：

說明：被保險人如發生保險事故時，應依保險法相關法令及投保商品契約條款之約定，向本公司請求保險金。

（一）權利之行使：由保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經過二年不行使而消滅。有左列各款情形之一者，其期限之起算，依各該款之規定：1. 要保人或被保險人對於危險之說明，有隱匿、遺漏或不實者，自保險人知情之日起算。2. 危險發生後，利害關係人能證明其非因疏忽而不知情者，自其知情之日起算。3. 要保人或被保險人對於保險人之請求，係由於第三人之請求而生者，自要保人或被保險人請求之日起算。（二）契約變更：1. 貴客戶得隨時以書面通知本公司變更批改保險契約。2. 保險契約之一切通知除經雙方同意得以其他方式為之者外，雙方當事人均應以書面送達對方最後所留地址。3. 保險契約之任何變更，非經雙方同意且經本公司簽批者不生效力。4. 商品條款有停效約定者，本公司於契約停效期間不負給付保險金之責任。（三）契約之解除及終止：1. 保險契約當事人之一方違背特約條款時，他方得解除契約；其危險發生後亦同。2. 保險契約得經要保人通知而終止之，並自終止之書面送達保險人之翌日起，保險契約失其效力；另契約若約定須經抵押權人同意始得變更或終止者，從其約定。

四、本公司對於本保險契約之權利、義務及責任：

本公司依據經主管機關核定之各項保險費率向 貴客戶收取相當之保險費，於所承保之保險事故發生時，依約定並經理算程序後，向被保險人或受益人給付保險金之責任。

五、貴客戶應負擔之費用及違約金（包括收取時點、計算及收取方式）：

貴客戶除繳交保費及另有約定之費用外，無須繳交其他任何費用及違約金。

六、本公司保險商品之重要內容，皆已登載於保單條款，可向本公司索取條款審閱，或於本公司網站<https://www.msig-mingtai.com.tw> 瀏覽。

七、本保險商品悉依保險法令相關規定受保險安定基金之保障。

八、因本保險商品或服務所生紛爭之處理及申訴管道：

（一）要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議，可以向本公司（免費申訴電話0800-099-080）、財團法人金融消費評議中心或金融監督管理委員會申訴。（二）如因保險契約爭議涉訟者，依據各項示範條款之約定，以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所不在中華民國境內時，則以雙方約定之地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

人身保險投保人另應注意：

一、除外責任。說明：

（一）保險公司依照保險法規定，有下列原因，可以不負賠償責任。1. 要保人或受益人故意致被保險人於死者。2. 被保險人訂約或復效之日起二年內故意自殺，或因犯罪處死或逮捕或越獄致死者。（二）此外在保險單條款通常都有詳細訂明各種除外責任之範圍，可以參閱。

二、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司於交付保險單及條款後，出具正式收據。為知道您投保的內容，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

三、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。保險責任始期及續期保險費過期而未繳付，保險契約會自動停止效力。

四、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。

五、本保險商品受財產保險安定基金之保障。

彰化商業銀行股份有限公司履行個人資料保護法 蒐集、處理及利用個人資料告知書（人身保險）

108.01 版

第一聯
銀行收執聯

由於個人資料之蒐集，涉及 臺端之隱私權益，彰化商業銀行股份有限公司（下稱本公司）及本公司所代理之保險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 臺端告知下列事項，請 臺端詳閱：

一、蒐集之目的：

- （一）保險代理人業務
- （二）人身保險
- （三）消費者、客戶管理與服務
- （四）行銷
- （五）資（通）訊與資料庫管理
- （六）金融爭議處理
- （七）金融監督、管理與檢查
- （八）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
- （九）契約、類似契約或其他法律關係管理之事務
- （十）消費者保護
- （十一）資通安全與管理
- （十二）金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集、處理及利用
- （十三）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：

包括但不限於：姓名、身分證統一編號、性別、出生年月日、聯絡方式、美國稅籍編號、國籍、出生地、住居所、健康檢查、醫療、病歷、指紋或聲紋（聲音）等其他生物識別特徵等，詳如相關業務申請書或文件內容，並以本公司與 臺端往來及自 臺端或第三人處所實際蒐集之個人資料為準。

三、個人資料之來源：

- （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）臺端之法定代理人、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：因特定目的存續期間、執行業務所必須、依法令規定或依個別契約就資料之保存所定之保存年限。
- （二）對象：本公司、本公司各分支機構及子公司、本公司所代理之保險公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國保險代理人商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心、財金資訊股份有限公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、依法有調查權機關或國內外有權機關（例如：金融監理機關或稅務機關等）及 臺端所同意之對象（例如：本公司共同行銷或交互運用客戶資料之公司、與本公司合作推廣業務之公司等）。
- （三）地區：上述對象所在之地區。
- （四）方式：合於法令規定以自動化機器或其他非自動化之利用方式（包括但不限於電子文件、紙本或其他合於當時科學技術之適當方式）。

五、依據個資法第 3 條規定， 臺端就本公司及本公司所代理之保險公司保有 臺端之個人資料得行使之權利及方式：

- （一）除有個資法第 10 條所規定之例外情形外，得向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本，惟本公司依個資法第 14 條規定得酌收必要成本費用。
- （二）得向本公司請求補充或更正，惟依個資法施行細則第 19 條規定，臺端應適當釋明其原因及事實。
- （三）本公司如有違反個資法規定蒐集、處理或利用 臺端之個人資料，依個資法第 11 條第 4 項規定，臺端得向本公司請求停止蒐集、處理或利用。
- （四）依個資法第 11 條第 2 項規定，個人資料正確性有爭議者，得向本公司請求停止處理或利用 臺端之個人資料。惟依該項但書規定，本公司因執行業務所必須並註明其爭議或經 臺端書面同意者，不在此限。
- （五）依個資法第 11 條第 3 項規定，個人資料蒐集之特定目的消失或期限屆滿時，得向本公司請求刪除、停止處理或利用 臺端之個人資料。惟依該項但書規定，本公司因執行業務所必須或經 臺端書面同意者，不在此限。

六、臺端如欲行使上述個資法第 3 條規定之各項權利，有關如何行使之方式， 臺端可致電 02-2521-4879 向本公司客服人員詢問。

七、臺端得自由選擇是否提供相關個人資料，惟 臺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作業，因此將婉謝、延遲或無法提供 臺端相關服務。

八、本公司利用 臺端個人資料進行行銷時， 臺端得向本公司表示拒絕接受行銷。

九、經本公司向 臺端告知上開事項後， 臺端已明確知悉本公司蒐集、處理或利用 臺端個人資料之相關內容無誤。

受告知人：

要保人：_____ 被保險人：_____（☐ 同要保人）

法定代理人 / 輔助人：_____ 法定代理人 / 輔助人：_____

（要保人 / 被保險人或法定代理人 / 輔助人為同一人者，只須簽名一次）

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

空白頁

彰化商業銀行股份有限公司履行個人資料保護法 蒐集、處理及利用個人資料告知書（人身保險）

108.01 版

第二聯
客戶收執聯

由於個人資料之蒐集，涉及 臺端的隱私權益，彰化商業銀行股份有限公司（下稱本公司）及本公司所代理之保險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 臺端告知下列事項，請 臺端詳閱：

一、蒐集之目的：

- （一）保險代理人業務
- （二）人身保險
- （三）消費者、客戶管理與服務
- （四）行銷
- （五）資（通）訊與資料庫管理
- （六）金融爭議處理
- （七）金融監督、管理與檢查
- （八）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
- （九）契約、類似契約或其他法律關係管理之事務
- （十）消費者保護
- （十一）資通安全與管理
- （十二）金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集、處理及利用
- （十三）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：

包括但不限於：姓名、身分證統一編號、性別、出生年月日、聯絡方式、美國稅籍編號、國籍、出生地、住居所、健康檢查、醫療、病歷、指紋或聲紋（聲音）等其他生物識別特徵等，詳如相關業務申請書或文件內容，並以本公司與 臺端往來及自 臺端或第三人處所實際蒐集之個人資料為準。

三、個人資料之來源：

- （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）臺端之法定代理人、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：因特定目的存續期間、執行業務所必須、依法令規定或依個別契約就資料之保存所定之保存年限。
- （二）對象：本公司、本公司各分支機構及子公司、本公司所代理之保險公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國保險代理人商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心、財金資訊股份有限公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有合作推廣或有業務往來之機構、依法有調查權機關或國內外有權機關（例如：金融監理機關或稅務機關等）及 臺端所同意之對象（例如：本公司共同行銷或交互運用客戶資料之公司、與本公司合作推廣業務之公司等）。
- （三）地區：上述對象所在之地區。
- （四）方式：合於法令規定以自動化機器或其他非自動化之利用方式（包括但不限於電子文件、紙本或其他合於當時科學技術之適當方式）。

五、依據個資法第 3 條規定， 臺端就本公司及本公司所代理之保險公司保有 臺端之個人資料得行使之權利及方式：

- （一）除有個資法第 10 條所規定之例外情形外，得向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本，惟本公司依個資法第 14 條規定得酌收必要成本費用。
- （二）得向本公司請求補充或更正，惟依個資法施行細則第 19 條規定，臺端應適當釋明其原因及事實。
- （三）本公司如有違反個資法規定蒐集、處理或利用 臺端之個人資料，依個資法第 11 條第 4 項規定，臺端得向本公司請求停止蒐集、處理或利用。
- （四）依個資法第 11 條第 2 項規定，個人資料正確性有爭議者，得向本公司請求停止處理或利用 臺端之個人資料。惟依該項但書規定，本公司因執行業務所必須並註明其爭議或經 臺端書面同意者，不在此限。
- （五）依個資法第 11 條第 3 項規定，個人資料蒐集之特定目的消失或期限屆滿時，得向本公司請求刪除、停止處理或利用 臺端之個人資料。惟依該項但書規定，本公司因執行業務所必須或經 臺端書面同意者，不在此限。

六、臺端如欲行使上述個資法第 3 條規定之各項權利，有關如何行使之方式， 臺端可致電 02-2521-4879 向本公司客服人員詢問。

七、臺端得自由選擇是否提供相關個人資料，惟 臺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作業，因此將婉謝、延遲或無法提供 臺端相關服務。

八、本公司利用 臺端個人資料進行行銷時， 臺端得向本公司表示拒絕接受行銷。

九、經本公司向 臺端告知上開事項後， 臺端已明確知悉本公司蒐集、處理或利用 臺端個人資料之相關內容無誤。

♥ 保戶本身投保條件說明 ♥

1. 投保專案的年齡限制？

第一次投保須滿15“足歲”至60歲；續保最高到65歲。
(被保險人的投保年齡以足歲計算，但若超過出生日期六個月則加算一歲)。

2. 原位癌是否可承保？

若該原位癌於所有療程(包括手術、化療、放療、電療、免疫療法等)結束後五年，無復發或轉移之情況，則有機會投保，但須針對原罹癌器官之癌症及其轉移予以批註除外承保。

3. 高血壓或肝炎是否可以承保？

高血壓症及肝炎，請加填相關問卷，由核保人員評估。
高血壓症係指(收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上)。

4. 若領有身心障礙手冊是否可投保？

請提供身心障礙手冊或證明，並填寫相關問卷，由核保人員評估。

5. 投保時具健保身分，但期間因故健保身分失效，還有保障嗎？

本商品僅供具健保身分人士投保，若保險期間因故不具健保身分，可申請退費。

6. 投保時要檢附健保卡嗎？不然怎麼會知道是否有健保身份？

不用！要保書已有詢問客戶是否參加全民健康保險，必須據實告知。



♥ 專案商品承保內容說明 ♥

1. 明台重大傷病有無等待期？

有等待期，本保險商品之疾病等待期間為30日，癌症等待期間為90日，到期前完成續保手續，次年度保單無等待期間限制。

2. 因主管機關變更或調整健保「重大傷病範圍」時，如何認定？

首年度訂立本契約時即勾選同意『自動續約』並持續續保時，保障範圍認定採「從新從優」，即承保項目依該年度中央主管機關公告之重大傷病項目為準，不受日後被刪除影響；但若新增項目，則主動納入保障範圍。

若未勾選同意『自動續約』，則僅適用於該年度保險期間，當續保重簽要保書時，則以續保當年度中央主管機關公告之重大傷病項目為準。

3. 哪些疾病不在保障範圍內？

先天性凝血因子異常、先天性新陳代謝異常疾病、先天性免疫不全症、職業病(如塵肺症)、先天性肌肉萎縮症、外皮之先天畸形，及早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症(如神經、心肺併發症)、心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常，詳細可參考保單條款說明。

♥ 專案商品理賠問題說明 ♥

1. 有2種或以上之重大傷病症如何申請理賠？

不論是同時或先後罹患，可就其中一項申請理賠，並於給付保險金後，本契約效力即行終止。

2. 曾經取得與正在申請重大傷病，該項資料如何得知？

要保書已有詢問客戶是否曾經取得與正在申請重大傷病資格，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以影響明台產物保險公司對危險之估計者，明台產物保險公司得依保險法第六十四條規定解除契約。