



兆豐產物保險股份有限公司
Chung Kuo Insurance Company, Limited



CHANG HWA BANK

彰化銀行

商品名稱

兆豐產物健康福氣住院日額醫療保險
兆豐產物門診手術醫療保險給付附加條款
兆豐產物自動續約附加條款

給付項目

住院日額醫療保險金
加護病房醫療燒傷病房醫療保險金
出院療養保險金
住院前後門診醫療保險金
救護車運送保險金
住院手術醫療保險金
門診手術醫療保險金

生效日期

108年6月28日兆產備字第1084300374號函備查
108年12月2日依108年8月22日金管保壽字第
1080431743號函修正
108年9月20日兆產備字第1084300547號函備查
108年10月09日兆產備字第1084300619號函備查

健康超好保A+

三高族可以投保的醫療保險



商品特色

- 1 住院日額醫療保險每天24小時，每年最高365天專屬保障。
- 2 手術醫療保障最完備，住院、門診手術醫療都有保。
- 3 全方位醫療照護，不論住院及出院療養、住院前後門診醫療好放心。
- 4 簡化健康告知，免體檢、不加費、不批註除外，三高族群投保好easy。
- 5 投保年齡範圍廣，全家健康超好保。

※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)最高43%，最低43%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽兆豐產物保險公司業務員、服務據點(免付費電話：0800-053-588)或網站(網址：<https://www.cki.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。

※本商品由兆豐產物保險公司提供，彰化銀行代理銷售，惟兆豐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，疾病需有30天等待期，但續保者不受本項30天約定之限制；意外傷害事故無等待期。

※本保險所稱之『住院』，係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。



※兆豐產物保險公司總公司地址：
10044台北市中正區武昌街一段五十八號
※兆豐產物保險公司客戶服務及申訴管道：
免付費電話：0800-053-588

客戶服務及申訴管道：
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

商品特色



全方位醫療照護，好放心

不論疾病或意外，提供住院醫療、住院、門診手術及出院療養等七大保障，補貼醫療費用支出。



投保簡便，簡化告知，無需體檢，投保門檻低，全面守護更貼心



年齡不是問題，保障年齡範圍廣

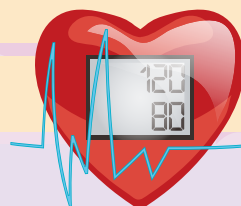
0-70歲都可保，續保可至75歲



附加自動續約條款 讓您保障不中斷，享受保障很簡單！



理賠申請簡易 檢附醫療診斷書正本，定額給付真方便！



保障內容

方案別	保險金額(單位：新台幣)		給付內容說明
保障內容	方案A	方案B	
住院日額醫療保險金	1,000元/日	2,000元/日	依實際住院日數給付(每年同一次住院最高365日)
加護病房暨燒燙傷病房醫療保險金	1,000元/日	2,000元/日	依實際入住加護或燒燙傷病房日數給付(同一次住院，最高90日)
出院療養保險金	500元/日	1,000元/日	依實際住院日數給付(每年同一次住院最高365日)
住院前後門診醫療保險金	250元/日	500元/日	依住院前一週及出院後一週內門診次數給付(每日限1次)
救護車運送保險金	最高3,500元/次	最高3,500元/次	每年限3次(須正本費用收據)
住院手術醫療保險金	10,000元	20,000元	同一次住院之手術治療，以給付1次為限
門診手術醫療保險金	5,000元	6,000元	依實際門診手術次數給付，每年最高2次(本項給付範圍悉依本專案保單條款辦理)
自動續約附加條款	附加	附加	本專案適用自動續約作業機制

投保須知/注意事項

※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。

※保險期間：一年。

※保險費繳別：一年期-年繳。

※投保規範：

- (1) 要保人須年滿7足歲(未滿20足歲為要保人時，要保人及被保險人必須為同一人)。
- (2) 投保年齡自出生滿30天並健康出院至70歲止，續保件投保年齡至75歲(以保險年齡計算)。
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。
- (3) 續保時，依被保險人於續保時之保險年齡收費。
- (4) 被保險人與要保人之關係，以本人、配偶、父母或子女為限。
- (5) 投保時要保人及被保險人須在中華民國境內。
- (6) 每一被保險人於兆豐產物保險公司住院日額醫療保險(健康保險)有效契約累計日額以5,000元為限。
- (7) 同一被保險人合計兆豐產物保險公司及其他公司(含產、壽險同業)之全部有效醫療險(含傷害醫療)投保總日額以12,000元為限。
- (8) 被保險人若因傷病治療中，需於痊癒後始可受理。
- (9) 健康狀況告知注意事項：要保書告知事項勾選「是」者，或告知載列任何疾病或傷害時，請填寫『通用疾病問卷』，交由兆豐產物保險公司審核。
- (10) 自動續約附加條款：要保人於保險期間屆滿前依據兆豐產物保險公司出具同意續保之續保通知書，完成繳付保險費予兆豐產物保險公司者，兆豐產物保險公司繼續承保並製發續保年度之保險單及保險費收據。
附加自動續約附加條款之保單續保前仍須進行核保，兆豐產物保險公司保留承保與否之決定。
- (11) 外籍人士投保須檢附有效期間居留證影本或合法來台工作證明或護照影本(可擇一提供)。

※本商品為非保證續保之健康保險，兆豐產物保險公司保留承保與否之權利。

※其他未盡事宜悉依保單條款及兆豐產物保險公司投保規則之規定。

本商品經兆豐產物保險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，應由兆豐產物保險公司及負責人依法負責。

兆豐產物保險公司財務及業務等公開資訊，歡迎至兆豐產物保險公司網站查閱，或親臨兆豐產物保險公司(10044台北市中正區武昌街一段五十八號)及各分支機構洽詢。

10912版 第2頁，共11頁



兆豐產物門診手術醫療
保險金給付附加條款



兆豐保險 Chung Kuo Insurance

兆豐金控 Mega Holdings

投保年齡	男				女			
	方案A		方案B		方案A		方案B	
	首年保費	續保保費	首年保費	續保保費	首年保費	續保保費	首年保費	續保保費
0	4,178	-	8,283	-	3,475	-	6,902	-
1	3,593	3,992	7,112	7,903	2,994	3,327	5,940	6,599
2	3,096	3,439	6,117	6,795	2,583	2,871	5,117	5,687
3	2,671	2,968	5,266	5,851	2,234	2,481	4,418	4,907
4	2,259	2,510	4,442	4,935	1,893	2,104	3,732	4,148
5	1,863	2,070	3,650	4,056	1,561	1,736	3,069	3,412
6	1,478	1,643	2,881	3,202	1,242	1,379	2,427	2,695
7	1,108	1,229	2,142	2,378	928	1,030	1,801	1,998
8	1,037	1,149	1,999	2,218	860	960	1,666	1,856
9	961	1,066	1,846	2,051	791	877	1,525	1,692
10	878	976	1,683	1,870	712	789	1,365	1,515
11	795	884	1,516	1,685	624	694	1,189	1,322
12	708	787	1,342	1,491	532	589	1,003	1,110
13	810	899	1,544	1,714	617	687	1,171	1,302
14	916	1,017	1,753	1,948	709	788	1,350	1,501
15	1,026	1,140	1,973	2,192	804	893	1,535	1,707
16	1,143	1,268	2,204	2,448	906	1,006	1,733	1,925
17	1,265	1,406	2,445	2,719	1,010	1,121	1,935	2,148
18	1,478	1,641	2,868	3,185	1,217	1,352	2,343	2,602
19	1,706	1,895	3,320	3,690	1,428	1,587	2,756	3,063
20	1,952	2,169	3,810	4,232	1,640	1,825	3,171	3,528
21	2,215	2,460	4,331	4,810	1,857	2,062	3,595	3,993
22	2,496	2,770	4,888	5,427	2,073	2,302	4,019	4,463
23	2,523	2,802	4,941	5,488	2,325	2,584	4,515	5,018
24	2,545	2,825	4,981	5,532	2,576	2,864	5,010	5,568
25	2,582	2,868	5,052	5,614	2,830	3,143	5,508	6,118
26	2,618	2,912	5,124	5,694	3,079	3,420	6,000	6,664
27	2,656	2,952	5,194	5,773	3,327	3,699	6,488	7,212
28	2,693	2,993	5,266	5,852	3,486	3,874	6,799	7,555
29	2,829	3,145	5,537	6,151	3,650	4,057	7,121	7,913
30	2,969	3,300	5,811	6,457	3,821	4,245	7,453	8,279
31	3,113	3,460	6,097	6,774	3,991	4,435	7,786	8,653
32	3,260	3,622	6,386	7,095	4,169	4,631	8,133	9,036
33	3,369	3,743	6,601	7,335	4,209	4,675	8,208	9,119
34	3,478	3,863	6,817	7,572	4,249	4,720	8,283	9,202
35	3,585	3,983	7,028	7,808	4,289	4,766	8,357	9,285
36	3,692	4,102	7,241	8,047	4,327	4,808	8,430	9,366
37	3,800	4,221	7,454	8,280	4,363	4,849	8,501	9,444
38	3,909	4,343	7,671	8,523	4,400	4,890	8,571	9,525
39	4,019	4,465	7,888	8,764	4,437	4,929	8,641	9,601
40	4,127	4,584	8,102	9,000	4,471	4,967	8,709	9,676
41	4,233	4,702	8,311	9,234	4,507	5,008	8,780	9,754
42	4,339	4,819	8,522	9,467	4,545	5,048	8,850	9,832
43	4,459	4,952	8,756	9,725	4,581	5,090	8,921	9,912
44	4,575	5,081	8,985	9,981	4,619	5,135	8,994	9,996
45	4,691	5,214	9,209	10,236	4,659	5,179	9,068	10,078
46	4,805	5,339	9,431	10,478	4,702	5,226	9,146	10,165
47	4,917	5,465	9,646	10,720	4,746	5,274	9,226	10,252
48	5,076	5,637	9,952	11,055	4,789	5,322	9,304	10,339
49	5,226	5,805	10,245	11,379	4,835	5,370	9,388	10,427
50	5,371	5,966	10,523	11,691	4,882	5,423	9,470	10,520
51	5,510	6,123	10,791	11,992	4,927	5,472	9,550	10,610
52	5,645	6,272	11,051	12,276	4,974	5,527	9,635	10,704
53	5,860	6,509	11,466	12,738	5,021	5,579	9,716	10,795
54	6,061	6,734	11,857	13,173	5,068	5,631	9,800	10,887
55	6,252	6,947	12,223	13,582	5,115	5,684	9,884	10,980
56	6,431	7,146	12,566	13,962	5,166	5,741	9,970	11,080
57	6,598	7,330	12,883	14,312	5,217	5,797	10,059	11,177
58	6,886	7,652	13,440	14,934	5,268	5,852	10,146	11,273
59	7,168	7,964	13,984	15,538	5,334	6,146	10,665	11,845
60	7,442	8,269	14,511	16,124	5,797	6,442	11,177	12,421
61	7,707	8,563	15,019	16,687	6,065	6,739	11,695	12,995
62	7,961	8,845	15,510	17,232	6,327	7,030	12,205	13,559
63	8,452	9,392	16,472	18,305	6,686	7,430	12,907	14,342
64	8,948	9,944	17,444	19,386	7,051	7,833	13,619	15,131
65	9,450	10,501	18,429	20,479	7,422	8,248	14,343	15,938
66	9,955	11,062	19,419	21,579	7,801	8,669	15,081	16,757
67	10,472	11,636	20,431	22,701	8,188	9,099	15,832	17,592
68	11,109	12,344	21,682	24,091	8,702	9,669	16,837	18,706
69	11,755	13,060	22,952	25,500	9,224	10,250	17,856	19,842
70	12,408	13,786	24,234	26,925	9,747	10,833	18,884	20,986
71	-	14,514	-	28,362	-	11,419	-	22,143
72	-	15,248	-	29,812	-	12,013	-	23,311
73	-	16,353	-	32,001	-	12,784	-	24,844
74	-	17,479	-	34,244	-	13,573	-	26,413
75	-	18,632	-	36,545	-	14,371	-	28,012



兆豐產物健康保險要保書

- ※ 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健康保險。
- ※ 本商品之疾病等待期為三十日。
- ※ 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。



保險商品不保事項

109 年 6 月 12 日兆產個保字第 1095400154 號函送保險商品資料庫

保單號碼		第 _____ 號 <input type="checkbox"/> 新保 <input type="checkbox"/> 續保，原保單號碼：											
保險期間		自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日午夜 12 時至民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日午夜 12 時止											
被保險人	姓名					身分證統一編號					與要保人之關係		
	出生日期	年	月	日	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____	年	齡	歲	(以足歲計算，超過六個月加一歲)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
	電話	(公司) (手機)				(住家)				E - M A I L			
	服務單位					工 作 內 容						職 業 類 別	由保險公司填寫
要保人	<input type="checkbox"/> 同被保險人(可免填以下要保人欄位)				電子保單		<input type="checkbox"/> 本人同意使用【電子保單且不寄送紙本保單】寄送至指定要保人之 E-MAIL 帳號，勾選電子保單手機號碼及 E-MAIL 必填，若有缺漏則改發紙本。						
	姓名			國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____	身分證統一編號			出生日期	年 月 日			
	住所	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所。 <input type="checkbox"/> 其他如右： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
	電話	(公司) (手機)				(住家)				E - M A I L			
受 益 人		本保險契約各項保險金之受益人為被保險人本人。 被保險人身故時，如有尚未給付之保險金部分，其給付對象則依本保險契約條款約定。											
承保項目		投保方案 (單位：新台幣元)											
		方案 A					方案 B						
住院日額醫療保險金		1,000 元／日					2,000 元／日						
加護病房暨燒燙傷病房醫療保險金		1,000 元／日					2,000 元／日						
出院療養保險金		500 元／日					1,000 元／日						
住院前後門診醫療保險金		250 元／日					500 元／日						
救護車運送保險金		限額 3,500 元／次					限額 3,500 元／次						
住院手術醫療保險金		10,000 元					20,000 元						
門診手術醫療保險金(同一保單年度最高給付次數 2 次)		5,000 元					6,000 元						
自動續約附加條款		附 加					附 加						
商 品 名 稱	健康福氣保住院日額醫療保險 (保險期間：一年期) 繳別：年繳												
	門診手術醫療保險金給付附加條款 (保險期間：一年期) 繳別：年繳												
總保險費(單位：新台幣元)		<input type="checkbox"/> 方案 A					<input type="checkbox"/> 方案 B						

【請續填下頁】

【接續上頁】

被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明（請勾選），如勾選是者，請提供身心障礙手冊或身心障礙證明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選），如勾選是者，請提供相關證明文件。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<p>【告知事項】</p> <p>要保人及被保險人對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，本公司得依照保險法第六十四條解除本保險契約。</p>		
一、最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療或診療？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
二、過去一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	
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.精神病。2.癌症（惡性腫瘤）。3.白血病。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
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。6.青光眼、白內障。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
被保險人為女性時，請回答以下問題：		
五、過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<p>以上各項答覆為「是」時，請註明號數並詳加說明，如有診察治療記錄，請告知病名（外傷者，含受傷部分）、就診醫院、就診大約期間、診療過程（門診或住院）、有無手術、有無後遺症。</p>		
<p>【聲明事項】</p> <p>一、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。</p> <p>二、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。</p> <p>三、本人（被保險人、要保人）同意兆豐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。</p> <p>四、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兆豐產物保險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兆豐產物保險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，而兆豐產物保險公司仍承保者，兆豐產物保險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兆豐產物保險公司者，同意兆豐產物保險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分不負給付責任，但兆豐產物保險公司應以「日額」方式給付。</p>		
<p>【注意事項】</p> <p>要保人於填寫要保書時 <input type="checkbox"/>已審閱 <input type="checkbox"/>未審閱 兆豐產物保險公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」、「投保人須知」及「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。</p>		
要保人簽名：_____	被保險人簽名：_____	法定代理人簽名：_____
（親自簽名）	（親自簽名）	（親自簽名/身分證字號）
<p>要保日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">（要／被保險人未滿 20 歲者需由法定代理人簽名）</p>		

兆豐產險欄位				彰化銀行欄位		保經代簽署章
主管核定	核保	經辦	兆豐產險業務員代號	收件日期	保險業務員登錄字號	
				分行代號/名稱		
			保經代代號 Z300486	業務來源: <input type="checkbox"/> 行員件 <input type="checkbox"/> 一般件 若為行員件，請填寫下列資料	保險業務員簽名(親簽)	
				行員姓名: _____		
				被保險人與行員之關係: _____		

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			
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。博弈產業/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。 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。			
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： 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/被保險人為未成年人/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)：_____			
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_____			
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 type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
《健康超好保 A+專案無身故受益人約定，無需勾選，即便勾選視同無記載》			
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 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 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：_____			
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客時，願自賠償責任。 ※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	

繳款方式 首年：☐現金、☐信用卡、☐轉帳授權 續年：☐信用卡、☐轉帳授權

現金繳款（限首期）首期選擇現金繳款者，務請填寫續期繳費方式

以現金繳款者請填以下資料，並請分行將被保險人身分證字號輸入傳票摘要代號 *送件時需檢附存款憑條

彰化銀行 吉林分行 帳號：3003-01-445605-02 戶名：兆豐產物保險股份有限公司

首／續期繳費方式

兆豐保險信用卡暨金融機構轉帳付款授權書

一、授權信用卡付款

授權碼(由保險公司填寫): _____

信用卡卡號: _____ - _____ - _____ - _____

有效日期(西元): ____月 20 ____年

發卡銀行:

信用卡種類:☐VISA ☐MASTER ☐JCB

授權日期:民國____年____月____日

授權人(持卡人)姓名:

*請以正楷填寫

持卡人身分證號碼:

持卡人連絡電話:

持卡人與☐要保人☐被保險人之關係為(請勾選本欄及下列關係):

- ☐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
☐8.法人負責人

*持卡人非要、被保險人本人者須檢附關係文件。

授權人(持卡人)親自簽名:

*請與信用卡背面簽名式樣相同

- 1.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公司(以下簡稱兆豐產險公司)，並保證上列信用資料均詳實無訛。
2.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。
3.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、處理及利用授權人(持卡人)於保險費信用卡付款授權書載明之個人資料(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。
4.本授權書須使用下述保險公司配合發卡機構發行之信用卡授權支付保險費，授權方始生效力;發卡機構為:彰化銀行、兆豐銀行、玉山銀行、國泰世華、台北富邦銀行、中國信託銀行等發卡機構，其餘發卡機構名單請於下列網址查詢 <https://www.cki.com.tw/Page/Index/83>

二、授權金融機構轉帳付款（限要保人或被保險人之彰化銀行活期性存款帳戶）

1. 本人授權彰化銀行依兆豐產物保險股份有限公司「健康超好保 A+」專案保費扣款媒體，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兆豐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，授權彰化銀行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後有變更之情形，本人應以書面通知兆豐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，即應通知兆豐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致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： - - -

存款戶身分證號碼/統一編號：_____

授權日期：民國____年____月____日

用戶號碼

本公司於授權成功後，以右列方式擇一通知授權人(電子郵件優先)，請務必填寫。

00902

EJ (請填入被保險人身分證字號)

通知方式

電子郵件 (E-Mail)

通知信函郵寄地址
(掛號方式寄送)

(須與存款帳戶簽章及取款印鑑一致)

存款戶
簽章

銀行經辦
核對印鑑

經辦

負責人

要保人簽名(請與要保書簽名相同):

適用於信用卡與轉帳授權

如要保人為法人，茲聲明授權書內信用卡之持卡人為要保人之負責人，並同意以授權書內信用卡帳戶扣繳本公司保險費。

保單服務人員簽章

保單服務人員(含業務員)

須對授權書填寫之內容及關係證明文件審核無誤，並親自簽名。



「健康超好保 A+」專案 Q&A

Q1：專案投保年齡？

A1：新件保險年齡自出生滿30天並健康出院至70歲止，續保件保險年齡至75歲。

Q2：新生兒是否可以投保？

A2：自出生滿30天並健康出院者可投保本專案。

Q3：需要先投保壽險主約才能購買「健康超好保 A+」專案嗎？

A3：不用！本專案屬產險商品，為主約型式健康險保單，具有單獨投保且免體檢的優點。

Q4：本專案是否有等待期？

A4：本專案疾病等待期為30天；續保（保期不中斷且保額未提高者）及意外傷害事故無等待期；續保時若提高保額視為新保，疾病等待期為30天。

Q5：為什麼首年度的保費比較便宜？

A5：由於首年度投保有30日疾病等待期，因保障期間不滿一年，故保費約略依此比例折減。而續保無等待期間，因此保費恢復整年保費。

Q6：服藥控制良好的高血壓、高血糖、高血脂之三高客戶是否可以投保？

A6：可以。「健康超好保 A+」專案要保書告知事項之疾病問項未對此特別作詢問。客戶也可加填相關問卷，由核保人員評估，不必經過體檢等繁複的投保程序即可輕鬆擁有醫療保障。

Q7：何謂「出院療養保險金」？

A7：被保險人住院診療時，於醫院住院後辦理出院者，除住院日額醫療保險金外，兆豐產物保險公司另按該被保險人實際住院日數，給付「出院療養保險金」。

Q8：何謂「住院前後門診醫療保險金」？

A8：被保險人住院診療時，其於住院診療前一日起算一週內及出院翌日起算一週內，因診療與其住院同一疾病或傷害為目的而接受門診診療者，兆豐產物保險公司給按實際門診日數（不論當日門診次數為一或多次，均以一日計）給付「住院前後門診醫療保險金」。

Q9：何謂「救護車運送保險金」？

A9：被保險人住院診療時，於住院前或住院期間以救護車作醫療運送，兆豐產物保險公司就其實際支付救護車費用（實支實付）給付「救護車運送保險金」，每次最高給付新台幣3,500元，同一保單年度最高以給付三次為限。

Q10：小兆到醫院施行割雙眼皮手術，是否可以申請門診手術醫療保險金？

A10：不可以。美容手術、外科整形等門診手術非門診手術醫療保險金給付的範圍。

Q11：小兆在操作車床時不小心受傷到醫院進行縫合手術，所幸傷勢較輕不需要住院，在診間縫合就可以了，請問小兆是否可以申請門診手術醫療保險金？

A11：(1) 可以。因意外傷害事故無等待期，故意外受傷進行之門診手術符合健康超好保 A+ 理賠條件。
(2) 申請門診手術醫療保險金時，須檢附理賠申請書、受益人身分證明、醫療診斷書並列明門診手術名稱、部位及方式，兆豐產物保險公司依約定的保險金額給付保險理賠金。

Q12：小兆到醫院門診接受痔瘡切除手術，請問小兆是否可以申請門診手術醫療保險金？

A12：不一定，須視疾病事故發生日是否為投保前或等待期間內。

(1) 投保前或30日等待期間內：不可以。

(2) 逾30日等待期間：可以。申請門診手術醫療保險金時，須檢附理賠申請書、受益人身分證明、醫療診斷書並列明門診手術名稱、部位及方式，兆豐產物保險公司依約定的保險金額給付保險理賠金。

Q13：申請「健康超好保 A+」專案的門診手術醫療保險金是否有次數的限制？

A13：「健康超好保 A+」專案的門診手術醫療保險金，同一保單年度最高給付次數2次。

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)

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、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

註：本公司履行上開告知義務，不限書面或取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。

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)

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。