



三井住友海上集團

明台產物保險

商品名稱：

明台產物新個人保障綜合保險C式
明台產物傷害保險恐怖主義行為保險限額
給付附加條款

明台產物傷害保險身故受益人約定附加
條款

商品主要給付項目：

身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險
金、大眾運輸工具特定事故身故或喪葬費用
保險金、大眾運輸工具特定事故失能保險
金、火災特定事故身故或喪葬費用保險金、
火災特定事故失能保險金、電梯特定事故身
故或喪葬費用保險金、電梯特定事故失能保
險金、地震特定事故身故或喪葬費用保險
金、地震特定事故失能保險金、燒燙傷皮膚
移植手術保險金、傷害醫療保險金、加護病
房或燒燙傷病房保險金、重大燒燙傷保險
金、住院慰問保險金、特別看護費用保險
金、食品中毒慰問保險金、救護車運送保險金

商品文號：

113.07.31明精字第1130001036號函備查
92.12.29財政部台財保第0920073327號函核
准107.08.31依金融監督管理委員會107年7月
18日金管保壽字第10704938160號函修正
114.11.14明精字第1140001419號函備查



商品條款

CHB

CHANG HWA BANK

彰化銀行



金安心の好險+



保險專案聲明事項

- 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）**41%**；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。
 - 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說明事項，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或索取資訊公開之書面文件。
 - 本保險商品之特性經保險公司依保險商品銷售前程序作業準則第六條第七款規定評估，對於六十五歲（含）以上之客戶不具潛在影響及各種不利因素。
 - 本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷其傷害必須入住醫院，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所稱之日間住院及精神衛生法所稱之日間留院／日間照護。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。
- 彰銀防詐騙宣導：防詐「五不」原則，「不接陌生來電」、「不點未知連結」、「不聽投資明牌」、「不怕莫名威脅」、「不給個人資料」。**

明台產物保險股份有限公司

總公司地址：臺北市仁愛路二段22號

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

客戶服務專線：0800-528-528

彰化商業銀行股份有限公司

公司地址：臺北市中山北路二段57號

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





三井住友海上集團

MSIG

明台產物保險股份有限公司

總公司：臺北市中正區仁愛路二段22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。

明台產物新個人保障綜合保險C式要保書

保險期間：自民國 年 月 日午夜12時起，為期一年。

114.11.14明精字第1140001421號函備查

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

※要保人

姓 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	代 表 人	
出生日期	年 月 日	身分證統一編號	
<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或E-MAIL必填，若有缺漏則改發紙本 電話： 行動電話： E-MAIL：			
住所(通訊地址) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

※被保險人

姓 名	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	要、被保險人關係	
出生日期	年 月 日	身分證統一編號	
電話： 行動電話： E-MAIL：			
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"/>			

※被保險人詢問事項

1. 是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？☐是 ☐否 如勾選是者，請提供。
2. 被保險人目前是否受有監護宣告？☐是 ☐否 如勾選是者，請提供相關證明文件。

※身故保險金受益人(法定繼承人與指定受益人請擇一選擇，倘未指定則為被保險人之法定繼承人)

<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人(請填下方欄位)					
姓名	身分證統一編號	與被保險人關係	保險金給付方式		
			受益人順位	比例%	均分
住所： 電話：					
身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金之通知依據。					

☐本人同意附加「明台產物個人傷害保險身故受益人約定附加條款」。(身故保險金將優先給付債權人)

受益人指定同意書(身故保險金將優先給付債權人)(不同意請勿填寫本同意書) 身故保險金受益人指定為： <input type="text"/> 關係：債務債權人，比例：債務債權範圍內。 ※清償後若有餘額，則給付予下列其餘受益人。※其餘受益人未指定時，推定為以法定繼承人為受益人。 ※其餘受益人為二人以上時，身故保險金給付方式：(如未勾選，推定為均分) <input type="checkbox"/> 按下列序號順位 <input type="checkbox"/> 比例(請填寫百分比/比例) <input type="checkbox"/> 均分(請打勾)					
姓名	身分證統一編號	與被保險人關係	保險金給付方式		
			受益人順位	比例%	均分
住所： 電話：					
身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金之通知依據。					

※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，或為不實的說明，足以影響本公司對危險的估計，依保險法第六十四條規定保險公司得解除契約。】

被保險人工作內容	服務機關
職 稱	兼 職
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
一.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.高血壓症(指收縮壓140mm舒張壓90mm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。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
二.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。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
上述告知事項若勾選「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。	

※保險內容

保險項目	保險金額(新臺幣元)			
	方案一	方案二	方案三	方案四
意外身故或失能保險金	200萬	300萬	500萬	600萬
大眾運輸工具特定事故意外失能或死亡保險金	500萬	1000萬	1000萬	1,400萬
火災特定事故意外失能或死亡保險金	200萬	300萬	500萬	600萬
電梯特定事故意外失能或死亡保險金	200萬	300萬	500萬	600萬
地震特定事故意外失能或死亡保險金	200萬	300萬	500萬	600萬
燒燙傷皮膚移植手術保險金	30萬	30萬	30萬	50萬
傷害住院醫療保險金日額/90日	3,000元/日	3,000元/日	4,000元/日	4,000元/日
醫療骨折未住院補償(依骨折別換算限額)	最高9萬	最高9萬	最高12萬	最高12萬
日額加護病房或燒燙傷病房保險金日額/90日	3,000元/日	3,000元/日	4,000元/日	4,000元/日
重大燒燙傷保險金	100萬	100萬	100萬	200萬
住院慰問保險金(連續住院三天)	1,500元/次	3,000元/次	3,000元/次	3,000元/次
特別看護費用保險金	10萬	10萬	10萬	20萬
食品中毒慰問保險金(限一次)	3,000元/次	4,000元/次	5,000元/次	5,000元/次
救護車運送保險金	最高1,000元	最高1,000元	最高1,000元	最高2,000元
第1-3類保費	□2,819元	□3,847元	□5,815元	□6,940元
第4類保費	□5,621元	-	-	-
加價購項目	方案一plus (限投保方案一勾選)	方案二plus (限投保方案二勾選)	方案三plus (限投保方案三勾選)	方案四plus (限投保方案四勾選)
每次實支實付傷害醫療保險金限額	限額2萬	限額3萬	限額3萬	限額10萬
第1-3類保費	□645元	□856元	□856元	□1,456元
第4類保費	□1,345元	-	-	-
合計總保險費(新臺幣元)				
□自動續約附加條款同意書		同意自動續約者請勾選(若未勾選視為不同意)，要保人同意自動續約方式，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。		

※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。
- 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。

※本人已知悉並明瞭「明台產物傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」(92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准、107.08.31依金融監督管理委員會107年7月18日金管保壽字第10704938160號函修正)內容約定最高給付金額為新臺幣200萬元。
 ※本人(要保人)已受告知並了解所投保商品之重要內容及投保須知等相關事宜。
 ※本人(被保險人、要保人)已確認基本資料、告知事項及聲明事項之內容。
 ※有關本公司個人資料保護法告知義務內容，請至網址：<https://msigmt.com/2z2cc> 查閱。

本人(要保人、被保險人)知悉保險商品之「要保書」、「條款」、及「投保須知」均得於填寫要保書前至明台產險官網查詢或洽客服諮詢；於填寫要保書時，本人已於簽署前經合理天數詳細審閱上開文件，充分理解其內容，並同意遵守之。

※要保人簽章：_____

(要保人為自然人者須加簽)

※法定代理人簽章：_____

(要保人未滿18歲或受監護宣告者須加簽)

此 致 明台產物保險股份有限公司

※要保人親自簽名：_____

※法定代理人親自簽名：_____

(要保人/被保險人為未成年者需加簽)

※被保險人親自簽名：_____

(未滿7足歲者由法定代理人代簽)

申請日期：中華民國 年 月 日

明台產物填寫欄				招攬單位填寫欄		保經、代公司簽章
經手人代號		經紀人代號		收件日期		
服務人代號		統計單位		分行(公司)名稱/代號		
輸 入				業務來源： □行員件 □一般件 如為行員件請填寫下列資料。 行員姓名： 被保險人與行員之關係：	招攬人員登錄字號	
					招攬人員簽名	



特別提醒事項聲明書

本人(即要保人及被保險人)茲聲明並確認已瞭解本次申請投保含實支實付型保險給付之商品(以下簡稱本商品)其保險金之理賠須符合損害填補原則,意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註1)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用,故當受益人提出本商品理賠申請時,除需檢附醫療費用收據正本外,其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者,貴公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

本人(即要保人及被保險人)聲明本次投保已詳閱本聲明書,並經招攬業務人員充分說明上述保險權益,明確知悉所投保商品理賠原則。

此致 明台產物保險股份有限公司

要保人簽章:_____ 法定代理人 / 監護人 / 輔助人簽章:_____

(註2)

被保人簽章:_____ 法定代理人 / 監護人 / 輔助人簽章:_____

(註3)

業務員 / 保險經紀人(保險代理人)簽名:_____


註1:同性質保險商品:係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如:數張實支實付型傷害醫療保險為同性質,但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

註2:如要保人為未滿7歲或受監護宣告者,應由法定代理人 / 監護人代簽;如要保人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者,由本人及法定代理人 / 輔助人簽名。

註3:如被保險人為未滿7歲或受監護宣告者,應由法定代理人 / 監護人代簽;如被保險人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者,由本人及法定代理人 / 輔助人簽名。

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

繳費方式

<input type="checkbox"/> 現金繳款：保險費：_____ 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)_____ 年 _____ 月 _____ 日	被保險人身分證統一編號：_____
<input type="checkbox"/> 信用卡繳費	
 三井住友海上集團 明台產物保險股份有限公司 信用卡繳付保費授權書	
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上開保險費予明台產物保險股份有限公司(下稱本公司)，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。 2.本項交易若透過「信用卡輔助持卡人身分證驗證平台」驗證授權人提供之卡號、身分證字號、有效期限等資料不符者，則本授權書失效，保費視同未繳。	
授權號碼：_____ (由明台產物填寫)	
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	發卡機構(銀行)：_____
信用卡卡號：_____ - _____ - _____ - _____	有效期限：_____ 月 20 _____ 年 (西元)
持卡人姓名：_____ (請以正楷填寫)	持卡人身分證號碼：_____ *必填
持卡人電話：_____	
持卡人關係： *請擇一勾選，若持卡人關係勾選為下列3-11者須檢附關係文件。(法人件僅能勾選9-11) <input type="checkbox"/> 1要保人 <input type="checkbox"/> 2被保險人 <input type="checkbox"/> 3配偶 <input type="checkbox"/> 4父母 <input type="checkbox"/> 5子女 <input type="checkbox"/> 6祖(外祖)父母 <input type="checkbox"/> 7孫(外孫)子女 <input type="checkbox"/> 8兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 9法人 <input type="checkbox"/> 10法人負責人 <input type="checkbox"/> 11企業員工	
持卡人簽名：_____ (簽名樣式請與信用卡一致)	簽帳日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 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。	

要保人簽名：_____

適用於信用卡(簽名須與要保書一致)

服務人員/業務員：_____ (請親自簽名)

已確認本授權書填寫之內容無誤，包含要保人與授權人簽名(章)、授權人所提供之信用卡資料、身分證統一編號及其關係等資訊

瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨招攬人員報告書【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			
<p>註一：高風險之行業宜參考國家洗錢資恐及資武擴風險評估報告所列之高及非常高行業，2024 年國家洗錢資恐及資武擴風險評估報告所列高及非常高行業類別如下：國際金融業務(OBU)、提供虛擬資產服務之專業人員、本國銀行、國際證券業務分公司(OSU)、外國銀行在臺分行、國際保險業務分公司(OIU)、證券商、銀樓業、辦理儲金匯兌之郵政機構、人壽保險公司、會計師、律師、提供第三方支付之事業或人員、不動產經紀業、農業金融機構(含全國農業金庫、農會信用部及漁會信用部)。</p> <p>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。</p>			
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		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。 *若要保人/被保險人為未成年人/學生時，請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。
家庭年收入	新臺幣約 萬元	新臺幣約 萬元	
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？若是，請說明：_____ <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			
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. 招攬人員聲明如下： (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與保險金額之相當性、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者，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：		招攬人員簽名：	
		保代公司簽章：	
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)確認銷售招攬人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	



投保注意事項

※本商品為非保證續保之保險商品

※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。

🌟 投保年齡：

新保件以實際年齡滿 15 足歲～保險年齡滿 70 歲，可續保至保險年齡 75 歲，但明台產物保險公司保有承保與否之權利。

實際年齡：計算被保險人實際年齡時，請用投保生效日扣除被保險人之出生年月日，即為實際年齡。

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。

🌟 保額及不保限制：

意外身故或失能保額上限	300 萬元	200 萬元	婉拒承保
工作性質	學生	家管、無業、退休人員、農夫（含果農、茶農）、自用貨車司機、長期駐外人員	懷孕婦女
其餘未列出限保人員，請參閱明台產物保險公司職業分類表			



🌟 職業類別為：1～4 類。

🌟 身分別限制：

● 本國籍：限未投保明台產物保險公司其他傷害保險專案。

● 外國籍：限未投保明台產物保險公司其他傷害保險專案，且須檢附居留證明。

🌟 親簽要保書：

依保險法規定保險契約訂定未經被保險人書面同意，其契約無效，要保書應由要保人及被保險人於簽名欄位內親簽。

🌟 退保申請：

被保險人在保險期間內申請退保時，明台產物保險公司將按短期費率計算退還未滿期保險費。

🌟 職業或職務變更的通知義務：

被保險人變更其職業或職務時，要保人或被保險人應即時以書面通知明台產物保險公司。如被保險人日後所變更之職業為不保範圍內者，明台產物保險公司於接到通知後得終止契約，並按日計算退還未滿期保險費。

🌟 實支實付型醫療保險（含傷害醫療）投保注意事項：

本商品保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，明台產物保險公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

被保險人以自費身分診療者，依實際支付醫療費用之 70% 給付。（須附加實支實付傷害醫療保險）

🌟 相關核保規定：

無須體檢，但被保險人須於要保書做健康告知，明台產物保險公司保有承保與否之權利。

被保險人過去二年內曾罹患要保書告知事項之疾病者，須另行填寫疾病問卷，個案評估審核。

被保險人目前身體機能有要保書告知事項之障礙者，須另行填寫機能障礙問卷，個案評估審核。

未盡說明事項，悉依主管機關、明台產物保險公司保單條款及核保作業相關規定處理。

明台產物保險股份有限公司履行個人資料保護法告知義務內容

明台產物保險股份有限公司（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 （六）資料運用之政府機關與平台
- 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、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、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處理中心、財團法人台灣票據交換所、財金資訊股份有限公司、關貿網路股份有限公司、衛生福利部中央健康保險署、業務委外機構、本公司執行第一點蒐集目的所涉業務而往來之第三方、依法有調查權機關或金融監理機關、資料運用之政府機關與平台。
（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，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. 商品條款有失效約定者，本公司於契約失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，要保人的住所中華民國境外時，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，或因犯罪處死或拒捕或越獄致死者。（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，得授權由家屬為之，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。為知道你投保的內容，及維護你的權益，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。



專案特色

大眾運輸工具 增額保障

意外身故或失能保障，
最高2000萬元。

(以方案四為例)



火災、地震、電梯 增額保障

意外身故或失能保障，
最高1200萬元。

(以方案四為例)



意外傷害住院 的多項保障

一般病房、加護病房、燒燙
傷病房之住院日額給付，連
續住院達三日，再給付住院
慰問定額保險金。



傷害醫療日額 給付高保障

骨折未住院補助最高12萬元。

(以方案四為例)



Q&A

Q1：不同特定事故同時發生如何理賠？

A1：採分別理賠，以方案四為例，搭乘大眾運輸工具時發生地震導致意外身故或失能，最高保險金額為NT\$2600萬。

(意外身故失能保險金NT\$600萬+大眾運輸工具特定事故保險金NT\$1400萬+地震特定事故保險金NT\$600萬，合計保險金NT\$2600萬)

Q2：所謂「搭乘大眾運輸工具」是指？

A2：「搭乘」是指被保險人開始登上或進入該大眾運輸工具至完全離開為止，不包含進站或候車。

「大眾運輸工具」是指領有合法執照，以大眾運輸為目的，定時營運（含加班班次）於兩地間之商用客機或水上、陸上公共交通工具，且對大眾開放之交通運輸工具，**不包括僅供公私立特定機構、團體、或個人專用之包車、包機或包船。**

Q3：因意外事故所致骨折未住院能申請住院日額嗎？

A3：可以，給付日數按「骨折別所定日數表」所定為上限。

Q4：傷害保險之醫療保險金是否需指定受益人？

A4：傷害保險醫療保險金之受益人為被保險人本人，不接受指定或變更。

Q5：所謂「重大燒燙燒皮膚移植手術」是指？

A5：經醫師診斷必須且實際接受皮膚移植手術治療時，若達下列燒燙傷程度，依下列比例給付：

第一級體表面積70%以上之燒傷之燒燙傷給付保險金額100%

第二級體表面積50%-69%之燒傷之燒燙傷給付保險金額75%

第三級體表面積30%-49%之燒傷之燒燙傷給付保險金額50%

Q6：傷害險之保險金之給付對象為何？

A6：傷害醫療保險金、失能保險金之給付對象為被保險人本人。

身故保險金之給付對象為保單約定之身故受益人。

Q7：辦理退保如何計算退保費？

A7：一般退保採短期費率，身故時退保按日計算。

Q8：何謂重大燒燙傷？

A8：「重大燒燙傷」係指身體蒙受三度燒燙傷面積達全身百分之二十以上，或顏面燙傷合併五官功能障礙者。

Q9：何謂食物中毒？

A9：「食物中毒」係指二人以上攝取相同的食品而發生相似的症狀，並且自可疑的食餘檢體及患者糞便、嘔吐物、血液等人體檢體，分離出相同類型之致病原因而言。

但如因細菌性毒素或急性化學性食品中毒而引起者，即使只有一人，也視為「食物中毒」。

Q10：何謂特別看護費用保險金？

A10：被保險人因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害致成第一級至第三級失能程度，而自意外事故發生之日起一百八十日以內經登記合格的醫院治療後判斷需特別看護，保險公司按保險單上所記載之「特別看護費用保險金」給付。前項所稱「需特別看護」係指被保險人經合格的醫院診斷後，無法執行下列日常生活活動達三項以上者：

- 1.如無他人協助，無法自行起床。
- 2.如無他人協助，無法自己走動。
- 3.如無他人協助，無法自己進食。
- 4.如無他人協助，無法自己沐浴。
- 5.如無他人協助，無法自己穿脫衣服。
- 6.如無他人協助，無法自己如廁。



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向 臺端蒐集個人資料時，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）犯罪預防、刑事偵查、執行(包括但不限於執行全球洗錢防制及打擊資恐措施、依美國洗錢防制法（Anti-Money Laundry Act，下稱AMLA）第6308條所為之調查、沒收)
- （十四）行政調查(包括但不限於依美國AMLA第6308條所為之調查、沒收)
- （十五）法院執行業務(包括但不限於依美國AMLA第6308條所為之調查、沒收)
- （十六）法院審判業務(包括但不限於依美國AMLA第6308條所為之調查、沒收)
- （十七）財稅行政(包括但不限於遵循金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法、美國海外帳戶稅收遵循法)
- （十八）憑證業務管理(包括但不限於OTP動態密碼)
- （十九）調查、統計與研究分析
- （二十）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、通訊方式、美國稅務識別碼、國籍、出生地、住居所、戶籍登記事項、健康檢查、醫療、病歷、肖像、個人描述或身體描述等辨識個人者、指紋或聲紋(聲音)等其他生物識別特徵等、網頁紀錄、行動服務使用紀錄與其分析資料及其他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）本公司所代理之保險公司
- （三）司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構
- （四）臺端之法定代理人、輔助人
- （五）各醫療院所
- （六）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（以孰後屆至者為準）。
- (二) 對象：本公司（含受本公司委託處理事務之委外機構）、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、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)、美國政府機關(例如：美國財政部、美國司法部等)、法律上有利害關係之第三人及 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：符合個人資料保護法相關法令以自動化機器或其他非自動化方式(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)蒐集、處理、利用與國際傳輸。

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（營業日AM9:00~PM5:00）或客服專線412-2222（以市話計費）或免付費服務專線0800-365-889，詢問或於本公司網站（網址：<https://www.bankchb.com>）查詢。

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，敬請見諒。

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向 臺端蒐集個人資料時，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）犯罪預防、刑事偵查、執行(包括但不限於執行全球洗錢防制及打擊資恐措施、依美國洗錢防制法（Anti-Money Laundry Act，下稱AMLA）第6308條所為之調查、沒收)
- （十四）行政調查(包括但不限於依美國AMLA第6308條所為之調查、沒收)
- （十五）法院執行業務(包括但不限於依美國AMLA第6308條所為之調查、沒收)
- （十六）法院審判業務(包括但不限於依美國AMLA第6308條所為之調查、沒收)
- （十七）財稅行政(包括但不限於遵循金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法、美國海外帳戶稅收遵循法)
- （十八）憑證業務管理(包括但不限於OTP動態密碼)
- （十九）調查、統計與研究分析
- （二十）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、通訊方式、美國稅務識別碼、國籍、出生地、住居所、戶籍登記事項、健康檢查、醫療、病歷、肖像、個人描述或身體描述等辨識個人者、指紋或聲紋(聲音)等其他生物識別特徵等、網頁紀錄、行動服務使用紀錄與其分析資料及其他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）本公司所代理之保險公司
- （三）司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構
- （四）臺端之法定代理人、輔助人
- （五）各醫療院所
- （六）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（以孰後屆至者為準）。
- (二) 對象：本公司（含受本公司委託處理事務之委外機構）、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、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)、美國政府機關(例如：美國財政部、美國司法部等)、法律上有利害關係之第三人及 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：符合個人資料保護法相關法令以自動化機器或其他非自動化方式(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)蒐集、處理、利用與國際傳輸。

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（營業日AM9:00~PM5:00）或客服專線412-2222（以市話計費）或免付費服務專線0800-365-889，詢問或於本公司網站（網址：<https://www.bankchb.com>）查詢。

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，敬請見諒。

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。