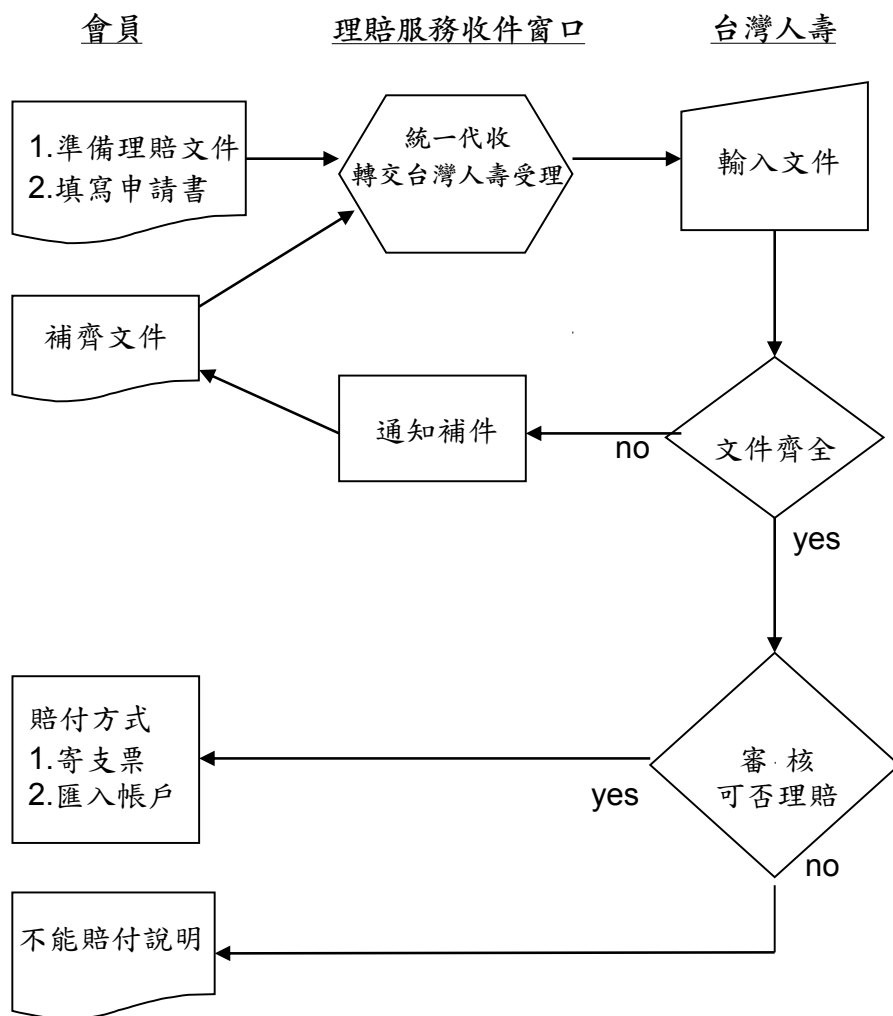


理賠服務收件窗口：
104台北市中山區松江路54號5樓
和泰保險經紀人 陳章傑 0986665229

- 申請理賠時請檢附
1. 保險金申請書
 2. 診斷證明書(正本)
 3. 收據(正本或副本)
 4. 受益人存摺影本
 5. 受益人身分證明文件

申請理賠作業流程





團體險/旅平險保險金申請書



掃描 QR code 看範例填寫

申請險別	<input checked="" type="checkbox"/> 團險 <input type="checkbox"/> 旅平險	申請項目	<input type="checkbox"/> 一般醫療 <input type="checkbox"/> 癌症醫療 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 其他 <small>※原「殘廢」用詞，配合保險法部分條文修正，自 107 年 6 月 15 日起改為「失能」</small>													
保單號碼	第一商業銀行股份有限公司工會		事故者與員工關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他													
員工姓名		身分 ID										出生日期	年	月	日	職業
事故者姓名		身分 ID										出生日期	年	月	日	職業

※請詳述事故原因、發生地點、經過情形及曾經就診醫院診斷：
(請據實填寫，以免影響理賠權益)

事故時間： 年 月 日 上午 下午 時 分
如係意外事故是否曾報警處理？是 否
處理憲警單位：
員警姓名： 電話：

※提醒您：醫療保險金受益人為未成年人時，得以法定代理人為受款人，但因此致本公司不利或損失，願負連帶返還保險金之責，絕無異議。(若法定代理人與要保人非同一人時，首次申請需檢附事故日後之戶籍謄本。)

付款方式

<input type="checkbox"/> 匯款	戶名	行庫名稱	分支行庫名稱	帳號
	<input type="checkbox"/> 理賠通知書交由服務人員親自遞送 <input type="checkbox"/> 理賠通知書郵寄至聯絡地址			
※提醒您：選擇匯款者，倘若戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司得逕行改以禁背支票給付。				
<input type="checkbox"/> 支票	<input type="checkbox"/> 交由服務人員親自遞送 <input type="checkbox"/> 郵寄至聯絡地址			
	<input type="checkbox"/> 未成年受益人以法定代理人為支票受款人			

蒐集、處理及利用個人資料告知

台灣人壽保險公司(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(間接蒐集者為個資法第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：(一)人身保險(00-)(二)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：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶、保單號碼、保險細節及病歷、醫療、健康檢查、及與事故經過相關的查證個人資料等(包含本件保險契約於申請本次理賠前「例如於投保或申請契約變更時」非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如本申請書及應備文件內容所載。

三、個人資料之來源：(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)公司及本公司海外分支機構、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、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、電子郵件或傳真方式。

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，因此可能延遲或無法提供 台端相關服務或給付。

本人(身故保險金受益人)同意 貴公司將本次理賠申請所附之相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之死亡通報系統資料比對，以確認內容正確性。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項

本人(被保險人)同意 貴公司於保險業務範圍內，得蒐集、處理及利用本人相關病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 貴公司各項業務內所委託往來之第三人或有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。

立書人簽章：
(即受益人本人) _____ 法定代理人/監護人簽章：_____

身分證字號：_____ 身分證字號：_____ 關係：_____

(受益人無法簽章請註明理由；7歲以上被保險人請親自簽名。受益人為未成年人或受監護宣告之人，請填寫法定代理人/監護人，並檢附關係證明。)

聯絡電話：() _____ 行動電話：_____ E-mail：_____

(為儘速知悉處理結果及確保本人權益，公司將以手機簡訊方式通知被保險人/受益人。)

聯絡地址：_____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

要保單位	送件單位：	受理欄位	送件單位	理賠單位
	職稱：		受理日期	受理日期
	送件人姓名：			
	登錄證字號：			
	手機：			



病歷資料調閱及事故確認授權書

茲因向台灣人壽保險股份有限公司(下稱台灣人壽)申請保險給付之需要，立授權書人_____ (與事故人關係：本人配偶受益人法定代理人監護人輔助人其他_____) 同意並委託台灣人壽指派之人員向 貴醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位，索引、查詢(包含以查詢為目的之醫療院所網路掛號系統、電話語音掛號系統之操作或配合醫療院所作業要求而以事故人名義所為之掛號行為)、調閱、抄錄、影印事故人就診相關病歷、電腦檔案資料及本案事故資料以為參證之用，授權查詢事項如下：

一、事故人基本資料

姓名：_____、生日：民國_____年_____月_____日、身分證字號：_____

二、事故人就診及事故資料查閱範圍(請就查詢範圍勾選後依示填寫，可複選)

- 事故人在 貴醫院(診所)之全部門、急診紀錄。
- 如有在 貴醫院(診所)住院者，另提供各該次住院之全部出(住)院病歷摘要。
- 查詢自_____年_____月_____日往前回溯_____年(不得超過5年)之全部門、急診紀錄。
- 前開期間內如有在 貴醫院(診所)住院者，另提供期間內各該次住院之全部出(住)院病歷摘要。
- 特定就診資料：
查詢期間：_____年_____月_____日前_____年(月)內。
就診科別：_____ (應具體列明，但不以一科為限)
就診病名：_____ (應具體列明，但不以一項病名為限)
查詢項目(請勾選，可複選)：門、急診紀錄 出(住)院病歷摘要 檢驗紀錄 護理紀錄
其他_____
- 查詢_____年_____月_____日發生之交通事故資料，包含(請勾選，可複選)
酒精濃度 現場圖現場照片交通事故初步分析研判表其他_____
- 其他：_____

三、授權書有效期間：本授權書簽立日期起6個月。

上述欄位如有空白，立授權書人同意委由台灣人壽人員於個人資料保護法規範內代為填寫，並聲明：立授權書人同意並委託台灣人壽就本授權書為影印使用，影本與正本具同等效力且依前述內容辦理。若因醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位要求提供特定格式聲明書，本人願意配合 貴公司協助提供相關文件。特立此書存照。

此致

各有關醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位

立授權書人簽名並蓋章：_____ 身分證字號：_____

法定代理人/監護人簽名並蓋章：_____ 身分證字號：_____

(事故人、身故受益人為未成年人或受監護宣告者或受輔助宣告者，請填寫並請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件)

聯絡電話：_____

聯絡地址：_____

本授權書簽立日期：中華民國_____年_____月_____日

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

111年12月21日經總經理核准修正

和泰保險經紀人股份有限公司(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:保險經紀及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:

(一) 識別類:

- 1.C001辨識個人者。例如:姓名、職稱、住址、住家電話號碼等。
- 2.C002辨識財務者。例如:金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼、保單號碼等。
- 3.C003政府資料中之辨識者。例如:身分證統一編號、護照號碼等。

(二) 特徵類:

- 1.C011個人描述。例如:年齡、性別、出生年月日、出生地、國籍等。
- 2.C012身體描述。例如:身高、體重等。
- 3.C013習慣。例如:抽煙、喝酒等。

(三) 其他:

- 1.C021家庭情形。例如:結婚有無、配偶或同居人之姓名、子女等。
- 2.C061現行之受僱情形。例如:僱主、工作職稱、工作描述、等級等。
- 3.C081收入、所得、資產與投資。例如:總收入、總所得、資產、儲蓄等。
- 4.C088保險細節。例如:保險範圍、保險金額、保險期間、到期日、保險費、保險給付等。
- 5.C111健康紀錄。例如:醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果等。

三、個人資料之來源: 1. 要保人/被保險人、2. 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構、3. 當事人之法定代理人、輔助人、4. 各醫療院所、5. 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、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或檔案;2. 向本公司請求補充或更正;3. 向本公司請求停止蒐集、限制蒐集、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。

七、本公司依法令或為強化個人資料管理及保護,將可能隨時修訂本告知書。若本告知書發生任何重大調整,本公司將於提供保戶服務時,或透過官網公告等其他方式通知 台端。若 台端有任何問題,可透過服務專線(0800-365520)與本公司聯繫。

受告知人: _____ (簽章) 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人: _____ (簽章) 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(未滿七歲者,由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名;七歲(含)以上未滿十八足歲者,由本人及法定代理人簽名)

履行上開告知義務,不限取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本人(被保險人)同意 貴公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定,於符合告知事項之特定目的必要範圍內,得蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。

此致

和泰保險經紀人股份有限公司

同意人(被保險人)簽名: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人簽名: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(未滿七歲者,由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名;七歲(含)以上未滿十八足歲者,由本人及法定代理人簽名)



團體險/旅平險保險金申請書

申請險別	<input checked="" type="checkbox"/> 團險 <input type="checkbox"/> 旅平險	申請項目	<input checked="" type="checkbox"/> 一般醫療 <input type="checkbox"/> 癌症醫療 <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 重大燒燙傷 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 其他 <small>※原「殘廢」用詞，配合保險法部分條文修正，自107年6月15日起改為「失能」</small>												
保單號碼	第一商業銀行股份有限公司工會	事故者與員工關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input checked="" type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他												
員工姓名	王○明	身分ID	A	1	2	0	1	2	3	1	2	3	出生日期	66年12月25日	職業技師
事故者姓名	王○美	身分ID	A	2	2	3	4	5	6	7	8	9	出生日期	96年10月10日	職業學生

※請詳述事故原因、發生地點、經過情形及曾經就診醫院診斷：
(請據實填寫，以免影響理賠權益)
意外傷害事故：指非由疾病引起之外來突發事故。 **意外事故若有報警處理，填寫此區可加速理賠作業。**

事故時間：107年1月23日 上午 下午 8時15分
如係意外事故是否曾報警處理？ 是 否
處理警單位：士林分局交通隊
員警姓名：林○凱 電話：8123-4567

※提醒您：醫療保險金受益人為未成年時，應以法定代理人為受款人，但因此致本公司不利或損失，願負連帶返還保險金之責，絕無異議。(若法定代理人與要保人非同一人時，首次申請需檢附事故日後之戶籍謄本。)

付款方式	<input checked="" type="checkbox"/> 匯款	戶名	行庫名稱	分支行庫名稱	帳號
		王○美	中國信託商業銀行	城中分行	123456789012
	<input type="checkbox"/> 理賠通知書交由服務人員親自遞送	<input checked="" type="checkbox"/> 理賠通知書郵寄至聯絡地址			
	※提醒您：選擇匯款者，倘若戶名、匯款帳號有誤或不全，本公司得逕行改寄，特此告知。				
<input type="checkbox"/> 支票	<input type="checkbox"/> 交由服務人員親自遞送 <input type="checkbox"/> 郵寄至聯絡地址		<input type="checkbox"/> 未成年受益人以法定代理人為支票受款人		

戶名、行庫及其分行名稱 務必填寫正確，以免退匯。

蒐集、處理及利用個人資料告知

台灣人壽保險公司(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(間接蒐集者為個資法第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：(一)人身保險(0-0-)(二)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：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶、保單號碼、保險細節及病歷、醫療、健康檢查、及與事故經過相關的查證個人資料等(包含本件保險契約於申請本次理賠前「例如於投保或申請契約變更時」非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如本申請書及應備文件內容所載。

三、個人資料之來源：(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)公司及本公司海外分支機構、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、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、電子郵件或傳真方式。

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 關服務或給付。
本人(身故保險金受益人)同意 貴公司將本次理賠申請所附之相驗屍體證明書 料比對，以確認內容正確性。

本人(被保險人)同意 貴公司於保險業務範圍內，得蒐集、處理及利用本人相關 上開資料轉送與 貴公司各項業務內所委託往來之第三人或有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務

受益人務必親自簽名；若未成年或受監護宣告，法定代理人/監護人亦需簽名！

立書人簽章：王○美 (即受益人本人) 法定代理人/監護人簽章：王○明

身分證字號：A223456789 身分證字號：A120123123 關係：父女

(受益人無法簽章請註明理由；7歲以上被保險人請親自簽名。受益人為未成年人或受監護宣告之人，請填寫法定代理人/監護人，並檢附關係證明。)

聯絡電話：(02) 8765-4321 行動電話：0901-234567 E-mail：al2345@gmail.com
(為儘速知悉處理結果及確保本人權益，公司將以手機簡訊方式通知被保險人/受益人。)

聯絡地址：100 臺北市中正區中山北路一段1234號30樓

中華民國	107	年	3	月	15	日
要保單位	送件單位：	1.填寫行動電話，案件受理及給付時會以簡訊通知。 2.填寫目前地址，公司會將理賠明細郵寄給您。	位	職稱：	理賠單位	
	送件人姓名：			處理日期		
	登錄證字號：			手機：		



病歷資料調閱及事故確認授權書

茲因向台灣人壽保險股份有限公司(下稱台灣人壽)申請保險給付之需要，立授權書人 王○美 (與事故人關係：本人 配偶 受益人 法定代理人 監護人 輔助人 其他 _____) 同意並委託台灣人壽指派之人員向 貴醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位，索引、查詢(包含以查詢為目的之醫療院所網路掛號系統、電話語音掛號系統之操作或配合醫療院所作業要求而以事故人名義所為之掛號行為)、調閱、抄錄、影印事故人就診相關病歷、電腦檔案資料及本案事故資料以為參證之用，授權查詢事項如下：

一、事故人基本資料

姓名：王○美、生日：民國 96 年 10 月 10 日、身分證字號：A223456789

二、事故人就診及事故資料查閱範圍(請就查詢範圍勾選後依示填寫，可複選)

- 事故人在 貴醫院(診所)之全部門、急診紀錄。
- 如有在 貴醫院(診所)住院者，另提供各該次住院之全部出(住)院病歷摘要。
- 查詢自 _____ 年 _____ 月 _____ 日往前回溯 _____ 年(不得超過5年)之全部門、急診紀錄。
- 前開期間內如有在 貴醫院(診所)住院者，另提供期間內各該次住院之全部出(住)院病歷摘要。
- 特定就診資料：
查詢期間：_____ 年 _____ 月 _____ 日前 _____ 年(月)內。
就診科別：_____ (應具體列明，但不以一科為限)
就診病名：_____ (應具體列明，但不以一項病名為限)
查詢項目(請勾選，可複選)：門、急診紀錄 出(住)院病歷摘要 檢驗紀錄 護理紀錄
其他 _____
- 查詢 _____ 年 _____ 月 _____ 日發生之交通事故資料，包含(請勾選，可複選)
酒精濃度 現場圖 現場照片 交通事故初步分析研判表 其他 _____
其他：_____

三、授權書有效期間：本授權書簽立日期起6個月。

上述欄位如有空白，立授權書人同意委由台灣人壽人員於個人資料保護法規範內代為填寫，並聲明：立授權書人同意並委託台灣人壽就本授權書為影印使用，影本與正本具同等效力且依前述內容辦理。若因醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位特定格式聲明書，本人願意配合 貴公司協助提供相關文件。特此聲明。

此致

各有關醫院(診所)、警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署或相關單位

立授權書人簽名並蓋章：王○美 身分證字號：A223456789

法定代理人/監護人簽名並蓋章：王○明 身分證字號：A120123123

(事故人、身故受益人為未成年人或受監護宣告者或受輔助宣告者，請填寫並請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件)

聯絡電話：8765-4321、0901-234567

聯絡地址：臺北市中正區中山北路一段1234號30樓

本授權書簽立日期：中華民國 107 年 3 月 15 日

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

108年01月31日經總經理核准修正

和泰保險經紀人股份有限公司(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:保險經紀及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:

(一) 識別類:

- 1.C001辨識個人者。例如:姓名、職稱、住址、住家電話號碼等。
- 2.C002辨識財務者。例如:金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼、保單號碼等。
- 3.C003政府資料中之辨識者。例如:身分證統一編號、護照號碼等。

(二) 特徵類:

- 1.C011個人描述。例如:年齡、性別、出生年月日、出生地、國籍等。
- 2.C012身體描述。例如:身高、體重等。
- 3.C013習慣。例如:抽煙、喝酒等。

(三) 其他:

- 1.C021家庭情形。例如:結婚有無、配偶或同居人之姓名、子女等。
- 2.C061現行之受僱情形。例如:僱主、工作職稱、工作描述、等級等。
- 3.C081收入、所得、資產與投資。例如:總收入、總所得、資產、儲蓄等。
- 4.C088保險細節。例如:保險範圍、保險金額、保險期間、到期日、保險費、保險給付等。
- 5.C111健康紀錄。例如:醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果等。

三、個人資料之來源:1.要保人/被保險人、2.司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構、3.當事人之法定代理人、輔助人、4.各醫療院所、5.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、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或檔案;2.向本公司請求補充或更正;3.向本公司請求停止蒐集、限制蒐集、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。

七、本公司依法令或為強化個人資料管理及保護,將可能隨時修訂本告知書。若本告知書發生任何重大調整,本公司將於提供保戶服務時,或透過官網公告等其他方式通知 台端。若 台端有任何問題,可透過服務專線(0800-365520)與本公司聯繫。

受告知人: 王○美 (簽章) 日期: 107年 3月 15日

法定代理人: 王○明 (簽章) 日期: 107年 3月 15日

(未滿七歲者,由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名;七歲(含)以上未滿二十足歲者,由本人及法定代理人簽名)

履行上開告知義務,不限取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本人(被保險人)同意 貴公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定,於符合告知事項之特定目的必要範圍內,得蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。並於符合相關法令規範範圍內將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之產、壽險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。

此致

和泰保險經紀人股份有限公司

同意人(被保險人)簽名: 王○美 日期: 107年 3月 15日

(若有投保要保人豁免保費附約或配偶/子女附約者,要保人或配偶/子女亦請一併簽署同意)

法定代理人簽名: 王○明 日期: 107年 3月 15日

(未滿七歲者,由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名;七歲(含)以上未滿二十足歲者,由本人及法定代理人簽名)