

文件收件確認單

為確保您的相關權益請確認，並親自簽名

下述文件之簽署確認皆經要、被保人或契約當事人詳閱並了解，且相關要保文件及保單資料之告知事項均經要保人及被保險人確認，如有虛偽，不實或不盡之情事者，願依保險法第六十四條及其他相關法規之規定，絕無異議。

保險公司/送件種類

人壽	兆豐 產物
----	-------

新契約/續保 送件 (請檢附並完成勾選) ※本公司未授權業務員代收保費，請依保險公司提供之繳費管道完成繳費。

<input type="checkbox"/> 統超保險經紀人「人身保險商品」書面分析報告 ※若為新契約進件，請務必一同檢附建議書明細 <input type="checkbox"/> 保險公司 要保書 <input type="checkbox"/> FATCA 及 CRS 身分確認聲明書 <input type="checkbox"/> 人壽保險契約審閱期間確認聲明書 <input type="checkbox"/> 財務狀況告知書 <input type="checkbox"/> 業務員報告書 <input type="checkbox"/> 授權書/繳款證明 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 統超保險經紀人「財產保險商品」書面分析報告 ※若為個案議價商品，請務必檢附報價佣金證明 <input type="checkbox"/> 保險公司 要保書/續保單 <input type="checkbox"/> 業務員報告書 <input type="checkbox"/> 繳款證明及方式： <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 超商繳款 <input type="checkbox"/> 線上繳款 <input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 其他：_____ ※財產保險採見費出單，請務必檢附授權資料或完成繳款之證明 <input type="checkbox"/> 其他：_____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

其他申請 送件 (契約變更/理賠申請，請檢附並完成勾選)

<input type="checkbox"/> 統超保險經紀人「人身保險商品」書面分析報告 ※若為附約加保申請，請務必一同檢附建議書明細 或請於特殊備註欄位說明：加保險種/保額/表定保費。 <input type="checkbox"/> 契約內容變更申請文件 (本次申請理由：_____ 必填) <input type="checkbox"/> 個人保單理賠申請文件 (申請單據：共_____張) <input type="checkbox"/> 代送非本公司招攬之契約內容變更申請文件 (本次申請理由：_____ 必填) <input type="checkbox"/> 代送非本公司招攬之個人保險理賠申請文件 (申請單據：共_____張)	<input type="checkbox"/> 批改申請文件 ※申請原因(必選)： <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 (需額外檢附：身分證件影本 及 帳戶影本) <input type="checkbox"/> 過戶 (需額外檢附：雙方身分證件影本 及 帳戶影本) <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input checked="" type="checkbox"/> 個人保險理賠申請文件 (申請單據：共_____張) <input type="checkbox"/> 代送非本公司招攬之批改申請文件 (本次申請理由：_____ 必填) <input type="checkbox"/> 代送非本公司招攬之個人保險理賠申請文件 (申請單據：共_____張)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

特殊確認事項 (以下除第五項特殊備註外，皆為業務員必要確認欄位)

一、要保人國籍： 本國 外國(國籍：_____ 國籍名稱)

二、要保人是否為統一集團或協力廠商之員工？若為是，員工編號：P□□□□□□□□
 是， 統一超商員工(含直營店) 統一超商加盟店 關係企業：_____ 關係企業名稱 協力廠商：_____ 協力廠商名稱 前項身分者之眷屬
 否，介紹人：_____ 介紹人姓名 (業務員本人)

三、被保人是否為統一集團或協力廠商之員工？若為是，員工編號：P□□□□□□□□ *若與要保人同一人可免勾選
 是， 統一超商員工(含直營店) 統一超商加盟店 關係企業：_____ 關係企業名稱 協力廠商：_____ 協力廠商名稱 前項身分者之眷屬
 否，介紹人：_____ 介紹人姓名 (業務員本人)

四、如遇電訪需求時，請問要保人之合適電訪時間為： 早上 9 點~12 點 下午 13 點~17 點 晚上 18 點~21 點

五、特殊備註： 無 急件(即將斷保/驗車需求) 已完成保險公司報備 已完成統超保經快速通報 其他：_____

要保人簽名	被保險人簽名	法定代理人簽名	業務員簽名	受理覆核欄位
請要保人親自簽名 <small>未滿七歲者，由法定代理人代簽</small>	請被保人親自簽名 <small>※若與要保人同一人可免簽 未滿七歲者，由法定代理人代簽</small>	要/被保險人 未滿二十歲者， 需其法定代理人簽名	請業務員親自簽名 <input type="checkbox"/> 業務員確實告知法令相關聲明內容	受理人員受理章 受理人員受理編號

統超保險經紀人(股)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

統超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：(一)保險經紀；(二)人身保險；(三)財產保險；(四)其他諮詢與顧問服務。

二、蒐集之個人資料類別：包含但不限姓名、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)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：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(致電統超保險經紀人客服電話 02-2528-6629 / 0966-699-711)。

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，因此將婉謝、延遲或無法提供保險相關服務。

統超保險經紀人(股)公司

病歷、醫療及健康等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本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，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，除左方告知書所列告知事項外，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，將於保險業務之客戶服務、招攬、理賠、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。若無法取得台端之蒐集、處理及利用前述資料同意，本公司將可能無法提供台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(即被保險人)，本人已瞭解上述說明，並同意貴公司就本人透過貴公司辦理投保、契約變更或申請理賠時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內，為蒐集、處理及利用。並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。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致
統超保險經紀人股份有限公司

本人特此聲明已詳細閱讀並同意「統超保險經紀人(股)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及病歷、醫療及健康等個人資料蒐集、處理及利用同意書」

立同意書人(即被保險人)簽名：_____

法定代理人簽名：_____

※若投保要保人豁免條款，
本保單要保人(即豁免附約之被保險人)簽名：_____

聲明日期：_____年_____月_____日

兆豐產物保險股份有限公司

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

立同意書人（以下簡稱本人）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，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理或利用，除貴公司「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外，得於人身保險及財產保險業務範圍及其他應遵行事項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)為之。本人已瞭解若不同意 貴公司蒐集、處理或利用前述資料，貴公司將可能無法提供本人相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

此致

兆豐產物保險股份有限公司

✓立同意書人 簽名：_____

法定代理人 簽名：_____

中華民國

年

月

日