



## 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或被保險人確認，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。

- ☐ 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  
☐ 保險公司 要保書  
☐ FATCA 及 CRS 身分確認聲明書  
☐ 人壽保險契約審閱期間確認聲明書  
☐ 財務狀況告知書  
☐ 業務員報告書  
☐ 授權書/繳款證明  
☐ 其他：\_\_\_\_\_

- ☐ 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  
☐ 保險公司 要保書/續保單  
☐ 業務員報告書  
☐ 繳款證明及方式：  
☐ 信用卡 ☐ 超商繳款 ☐ 線上繳款 ☐ 匯款 ☐ 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

## 其他申請 送件 (契約變更/理賠申請，請檢附並完成勾選)

- ☐ 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。  
☐ 契約內容變更申請文件  
 (本次申請理由：\_\_\_\_\_ 必填)  
☐ 個人保單理賠申請文件 (申請單據：共\_\_\_\_\_張)  
☐ 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)  
☐ 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)

- ☐ 批改申請文件  
 ※申請原因(必選)：  
☐ 加保  
☐ 退保(需額外檢附：身分證件影本 及 帳戶影本)  
☐ 過戶(需額外檢附：雙方身分證件影本 及 帳戶影本)  
☐ 其他：\_\_\_\_\_  
☒ 個人保險理賠申請文件(申請單據：共\_\_\_\_\_張)  
☐ 代送非本公司招攬之批改申請文件  
 (本次申請理由：\_\_\_\_\_ 必填)  
☐ 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 未滿七歲者，由法定代理人代簽	請被保人親自簽名 *若與要保人同一人可免簽 未滿七歲者，由法定代理人代簽	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：今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、處理及利用及請求刪除。(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

個人保險理賠服務部地址：10044 台北市中正區武昌街一段 58 號 電話：02-21910015 傳真：02-23811765

保單號碼		保險期間		民國 年 月 日至民國 年 月 日	
被保險人姓名 ✓		✓ 出生 年 月 日		✓ 身分證字號	
被保險人住址 ✓					
電話：(公)		(宅)		(手機) ✓ Email ✓	
申請原因 ✓	<input type="checkbox"/> 疾病 病名： 初診日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 意外傷害 事故日期： 年 月 日 時 地點： <input type="checkbox"/> 續賠件 <input checked="" type="checkbox"/> 意外傷害經過(請詳述)				
本次事故曾就診醫療院所(名稱及電話)		1. 2. 3. 4.			
申請理賠項目		<input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 傷害住院日額 <input type="checkbox"/> 傷害實支實付 <input type="checkbox"/> 健康險住院日額 <input checked="" type="checkbox"/> 其他			
警方處理單位		分局 派出所 承辦員警： 電話：			
✓ 是否投保其他保險公司保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是請告知：					
✓ 理賠金給付方式： 1. <input type="checkbox"/> 支票寄送受益人地址： 若有特殊原因欲取消禁背者請另填寫「取消禁背切結書」 ✓ 2. <input type="checkbox"/> 匯款(需為受益人本人帳戶，並請檢附金融機構存摺影本) (銀行、郵局) (分行、局號) 帳號					
<b>產險業履行個人資料保護法告知義務內容</b>					
<p>兆豐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：</p> <p>一、蒐集之目的：(一)財產保險(〇九三)(二)人身保險(〇〇一)(三)行銷(包含金控共同行銷業務)(〇四〇)(四)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)。</p> <p>二、蒐集之個人資料類別：姓名、身分證統一編號/護照號碼、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查、職業、保險資料等，詳如相關業務申請書或契約書內容。</p> <p>三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供，而為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。</p> <p>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、本公司所屬兆豐金融控股股份有限公司、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。</p> <p>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：依本公司官網之「兆豐產物保險股份有限公司當事人依個人資料保護法行使權利申請書」行使之。</p> <p>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提供，而為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，因此可能婉拒承保、遲延或無法提供台端相關服務或給付。</p> <p>【註】：上開告知事項已公告於本公司官網(<a href="https://www.cki.com.tw/">https://www.cki.com.tw/</a>)，如有任何問題歡迎洽詢本公司 0800-053-588 免付費專線。</p>					
<b>同意調查授權聲明書</b>					
<p>一、茲因向兆豐產物保險股份有限公司申請保險給付之需要，以被保險人( <input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>父母 <input type="checkbox"/>配偶 <input type="checkbox"/>子女 <input type="checkbox"/>受益人 )之身份，同意由該公司指派人員為代理人向醫院(診所)、檢驗所、警察局(派出所、交通隊)、消防、救護、地檢署及各保險公司等相關機關/單位申請調閱、抄錄、影印或詢問被保險人與本次理賠申請有關之就診病歷、筆錄、報告或電腦檔案資料予該公司做為參證之用。(本授權書之影本效力相同於正本)。</p> <p>二、如為申請身故理賠項目，為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，本人(受益人)同意 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。</p> <p style="text-align: center;">(立書人已閱讀、瞭解上開告知事項，並同意提供本人個人資料。)</p>					
被保險人/受益人： ✓				簽章	
法定代理人/輔助人：				簽章	
中 華 民 國 年 月 日					
個人保險理賠服務部			送件單位		
收文章			日期章		
送件人單位/姓名		電話	身分證字號		
若有照會 <input type="checkbox"/> 直接連繫業務 <input type="checkbox"/> 聯繫保戶		Email			

## 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