

電話：中科院總機 351747、(03)471-4137
傳真：(03)471-4138

編號：

*請以正楷填寫

➤殘廢保險金及醫療保險金之受益人為被保險人本人。
 ➤投保對象及保險內容請詳閱投保說明書，資料表請自行影印留存。

人數／合計保費： 人 元

注意事項

總費方式

註：合約期間本公司將通知續保，採郵政媒體轉帳或信用卡繳費者，如未表示不續保或變更者，本人同意按授權資料扣繳續年度保險費。

寶祥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，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集之目的：(一)人身及財產保險。(二)行銷。(三)消費者、客戶管理與服務。(四)調查、統計與研究分析。(五)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：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查、與事故經過相關的查證個人資料等(包含非由您直接提供予本公司之個人資料)，詳如相關業務申請書或契約書及應備文件內容所載。三、個人資料之來源：(一)要保人、被保險人。(二)您或您的法定代理人、輔助人。(三)本公司各項業務內所委託、往來之第三人。(四)各醫療院所。(五)司法警察機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。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：本公司(分公司)、產、壽險公司、要保單位、寶健代理人保險股份有限公司、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、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構、業務委外機構、與本公司有再保、共同行銷或合作推廣等業務往來之公司、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，您就本公司保有您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.查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.請求補充或更正。3.請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：書面。六、您不提供個人資料所致權益之影響：若您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、遲延或無法提供您相關服務或給付。

立同意書人（以下簡稱本人）同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法等相關法令所規定之範圍內（包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務），蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

聲明同意事項：本人 ☐ 同意 ☐ 不同意 以電子郵件寄發之各項單據/通知書，不寄送實體書面文件，並於本公司寄送時視為已送達。

此致

寶祥保險經紀人股份有限公司

立同意書人（即被保險人）簽名： / / / / /

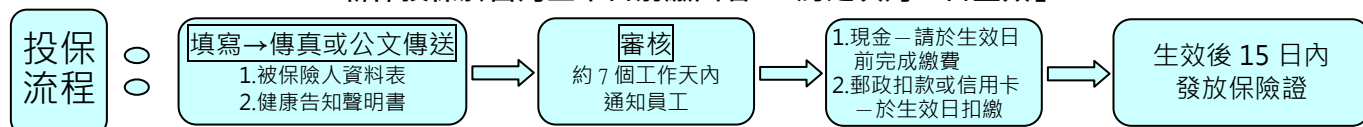
※未滿七足歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人親自簽名；七歲(含)以上未滿二十足歲者，由被保險人本人及法定代理人親自簽名。

立同意書人之法定代理人 簽名：_____ 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎歡迎影印使用 107/01

~~~填妥『被保險人資料表』後，請繼續填寫『被保險人健康告知聲明書』~~~

新件投保於當月二十日前繳回者，『約定次月1日生效』



## 一、基本資料

| 關係   | 被保險人姓名 | 身分證字號 | 出生日期 | 身高 | 體重 | 服務單位／職稱／詳細工作內容 | 兼業工作內容 |
|------|--------|-------|------|----|----|----------------|--------|
| 員工本人 |        |       |      |    |    |                |        |
| 配偶   |        |       |      |    |    |                |        |
| 子女1  |        |       |      |    |    |                |        |
| 子女2  |        |       |      |    |    |                |        |
| 子女3  |        |       |      |    |    |                |        |
| 子女4  |        |       |      |    |    |                |        |
| 員工父母 |        |       |      |    |    |                |        |
| 員工父母 |        |       |      |    |    |                |        |

## 二、告知事項（資料表寄回後，如於生效日前，有就醫記錄者，請逕向保險服務櫃檯索取健康聲明書，履行告知義務）

| ●被保險人對下列告知事項應據實告知並親自填寫，如有隱匿、遺漏或不實之說明，足以影響本公司對於危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約中該被保險人部分，保險事故發生後亦同。                                                                                                                 |  | 員工本人                     |                          | 配偶                       |                          | 子女                       |                          | 員工父母                     |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                |  | 是                        | 否                        | 是                        | 否                        | 是                        | 否                        | 是                        | 否                        |
| 1.最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？                                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.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？<br>(1)高血壓(指收縮壓 140mmHG，舒張壓 90mmHG 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？                                                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.目前身體機能是否有下列障害？<br>(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〇.三以下。(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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.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                                                                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 以上詢問事項勾選「是」者，<br>請註明題號並詳細說明檢查原因、時間、地點、項目、及結果或疾病名稱、發病時間、症狀、治療院所、治療方式、治療時間及結果。 |    |         |      |      |                                                                  |                                                          |              |
|------------------------------------------------------------------------------|----|---------|------|------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------|
| 題號                                                                           | 姓名 | 疾病／意外名稱 | 診治日期 | 就診醫院 | 是否住院                                                             | 是否手術                                                     | 最後就診日期及現在狀況  |
| 答覆為「是」時                                                                      |    |         |      |      | <input type="checkbox"/> 是，約_____天<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | 年 月 日<br>結果： |
|                                                                              |    |         |      |      | <input type="checkbox"/> 是，約_____天<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | 年 月 日<br>結果： |
|                                                                              |    |         |      |      | <input type="checkbox"/> 是，約_____天<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | 年 月 日<br>結果： |
|                                                                              |    |         |      |      | <input type="checkbox"/> 是，約_____天<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | 年 月 日<br>結果： |

【本健康告知聲明書如有塗改，請於塗改處簽名】

## 三、同意事項：請詳閱被保險人資料「個資告知書及特種個資同意書」

|                                                                                                          |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 被保險人同意暨簽名：_____ / _____ / _____ / _____ / _____                                                          |                       |
| 未成年人其法定代理人簽名：_____<br><small>(未滿七足歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；<br/>七歲(含)以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名。)</small> | 日期：_____年_____月_____日 |

©歡迎影印使用 107/01

保險服務櫃檯：中科院 607 館二樓

聯絡電話：中科院總機 351747、(03)471-4137

傳真：(03)471-4138

公文傳送：公共關係室轉團保櫃檯