

內政部警政署自費團體保險_被保險人重要事項告知

★蒐集、處理及利用個人資料告知

保誠人壽保險股份有限公司(下稱本公司)與要保人訂定團體/旅行平安保險契約，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) 00 人身保險
- (二) 040 行銷
- (三) 059 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
- (四) 069 契約、類似契約或其他法律關係事務
- (五) 090 消費者、客戶管理與服務
- (六) 136 資(通)訊與資料庫管理
- (七) 157 調查、統計與研究分析
- (八) 181 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、身分證統一編號(或護照號碼或居留證號碼)、出生年月日、住家電話、行動電話、住所通訊地址、戶籍地址、e-mail、年齡、性別、國籍、財務資料及其他依執行業務所需蒐集之個人資料。

三、個人資料之來源：

- (一)要保人或被保險人
- (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、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、與本公司合作推廣台端保險契約之保險代理人或保險經紀人、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：相關申請表單可洽 客服專線0809-0809-68，並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。

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，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

★投保權益確認

本公司依『保險業招攬及核保理賠辦法』及『保險業招攬及核保作業控管自律規範』規定，需請 台端確認下列事項以鑑別保險商品適合度並維護投保權益：

- 一、投保時確實為本專案投保實符合投保資格者。
- 二、確實瞭解所繳交保險費係用以購買保險商品且在經濟能力可負擔範圍內。
- 三、充分瞭解投保之內容(包含投保險種、保險金額及保險費支出)皆為實際需要並與 台端職業、收入具有相當性。
- 四、投保累積保額達一定額度(如新台幣2,501萬)以上需提供最近一年家庭年收入(包含工作收入、投資收益、租金收入等)及配合生存調查，以作為本公司鑑別 台端商品適合度及完成核保程序。若 台端拒絕提供前揭財務狀況告知書或拒絕配合生存調查者，本公司恐須婉謝承保，尚請諒察。

★保險費未繳交之催告通知

因應「保險法」第116條規定，並為維護被保險人之權益，請於投保時提供員工本人(眷屬同員工本人)之聯絡資料予本公司，俾於保險費屆期未繳付時寄送催告通知。如未能提供員工本人(眷屬同員工本人)聯絡資料者，本公司將以要保人填寫於要保書所載地址(住所)作為員工本人及眷屬之聯絡方式。

★續保約定同意

一、按本公司與內政部警政署自費團體保險之專案期間自民國113年12月31日午夜12時至114年12月31日午夜12時止，每一保險期間為一年。但在前述保險期間屆滿前經本公司透由宏康國際保險經紀人股份有限公司代與內政部警政署雙方議定續保條件，如台端同意於專案期間按該團體保險之同一保障計劃繼續續保，請簽署自費團體保險加入表續保約定勾選同意，以利辦理續保作業。

二、為配合次年度續保作業，續保通知書寄發後加保之被保險人由要保單位於辦理續保時併同確認。

信用卡繳付保險費付款授權書

申請日期：民國____年____月____日 ☐首/續期保費 保單號碼/要保流水編號：3001014989

信用卡卡別： ☐ VISA ☐ MASTER ☐ JCB ☐ 聯合信用卡	發卡機構：_____銀行
信用卡卡號：_____	信用卡有效期限：至_____月_____年（西元）
持卡人姓名：_____	出生日期：_____年_____月_____日
持卡人身分證號碼：_____	持卡人電話：_____
持卡人地址：_____	
授權人簽署(與信用卡簽名形式相同)	持卡人身分為： ☐ 被保險人本人 ☐ 被保險人法定代理人 ☐ 受益人
<u>備註：</u> 1. 立授權書人同意以上開信用卡繳付保誠人壽保險股份有限公司之保險費，並依照信用卡使用約定付款予發卡機構。 2. 本項交易若未獲發卡機構 / 聯合信用卡處理中心核准，則本付款授權書即失效力，保誠人壽得重新收費。 3. 信用卡僅有效期間更新而卡號不變時，授權人應將更新之效期以書面通知本公司修改，以維護保單效力。 4. 本公司將於扣款月當月 1 日、11 日、21 日進行扣款，遇假日提前扣款；若 3 次扣款失敗保險效力自應扣款日起終止。	

內政部警政署自費團體保險加入表

◆投保注意事項：

- 1.限全國各警察機關、中央警察大學與警察專科學校教職員工及其眷屬:配偶、父母親、子女投保；初次加保請填寫本加入表、信用卡授權書。
- 2.員工本人、眷屬同為符合參加資格者僅得擇一身份加保。員工本人需投保後，眷屬才能附加，眷屬保額不得高於員工本人。員工本人無法承保，其眷屬也跟隨無法承保。
- 3.員工本人首次承保滿 15 足歲至 66 歲/續保至 70 歲；子女首次承保限 0 歲(且須正常健康出院)~26 歲/續保至 26 歲；配偶、父母親首次承保滿限 15 足歲至 70 歲/續保至 80 歲。
- 4.員工:被保險人職業類別限 1-6 類，眷屬:被保險人職業類別限 1-4 類，外籍人士需提供雙證件（護照及居留證影本）。
- 5.健康條件：每一被保險人無需填寫「健康聲明書」。
- 6.申請投保經核保審查及信用卡繳費扣款成功後，始生保險效力並核發保險證。投保年度未滿一年者，按年度天數比例計算之金額收取費用。
- 7.台端於每一保險期間內得隨時以書面(須正本)經要保單位向宏康國際保險經紀人股份有限公司提出加保、變更申請，經本公司核保通過後並繳交保險費者，被保險於 113 年 12 月 26 日前提出申請於 113 年 12 月 31 日午夜十二時起生效，之後於每月 20 日前提出申請，自提出書面申請後次月 1 日零時生效。

保單號碼：3001014989

※ 被保險人基本資料：【無論是否初次為眷屬加保，請載明會員本人基本資料】

身份	選項	被保險人簽名 (需親簽)	計劃別	出生 年/月/日	身分證 字號	工作 內容	投保重要事項確認	法定代理人 簽名	身故受益人
本人	☒ 加保 ☐ 變更		計劃 1				完成投保權益確認 ☐ 是 ☐ 否 續保約定 ☐ 同意 ☐ 不同意		☐ 法定繼承人 ☐ 指定受益人 姓名_____與被保險人關係_____ 出生日期_____國籍_____ 身分證號_____受益人聯絡電話_____
配偶	☐ 加保 ☐ 變更		計劃 2				完成投保權益確認 ☐ 是 ☐ 否 續保約定 ☐ 同意 ☐ 不同意		☐ 法定繼承人 ☐ 指定受益人 姓名_____與被保險人關係_____ 出生日期_____國籍_____ 身分證號_____受益人聯絡電話_____
☐ 子女 ☐ 父母	☐ 加保 ☐ 變更		☐ 計劃 2 ☐ 計劃 3				完成投保權益確認 ☐ 是 ☐ 否 續保約定 ☐ 同意 ☐ 不同意		☐ 法定繼承人 ☐ 指定受益人 姓名_____與被保險人關係_____ 出生日期_____國籍_____ 身分證號_____受益人聯絡電話_____
☐ 子女 ☐ 父母	☐ 加保 ☐ 變更		☐ 計劃 2 ☐ 計劃 3				完成投保權益確認 ☐ 是 ☐ 否 續保約定 ☐ 同意 ☐ 不同意		☐ 法定繼承人 ☐ 指定受益人 姓名_____與被保險人關係_____ 出生日期_____國籍_____ 身分證號_____受益人聯絡電話_____
☐ 子女 ☐ 父母	☐ 加保 ☐ 變更		☐ 計劃 2 ☐ 計劃 3				完成投保權益確認 ☐ 是 ☐ 否 續保約定 ☐ 同意 ☐ 不同意		☐ 法定繼承人 ☐ 指定受益人 姓名_____與被保險人關係_____ 出生日期_____國籍_____ 身分證號_____受益人聯絡電話_____

◎未成年者，請由本人(於被保險人欄位)及法定代理人(於法定代理人欄位)親自簽名;被保險人投保時如有受監護宣告需請法定代理人簽名。

◎被保險人若為「身心障礙人士」或「殘障人士」，請檢附身心障礙手冊或殘障手冊相關證明文件影印本，以利公司核保評估

◎續保約定被保險人勾選不同意或未勾選，或因員工主被保險人未續保時，本保險契約於期間屆滿時自動終止。

◎保誠人壽依個人資料保護法而為蒐集、處理或利用您的個人資料，若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，本公司將無法承保。

◎於簽訂投保時，業已提供投保權益確認及個資處理及利用個人資料告知內容、保險費未繳交之催告通知相關說明供被保險人審閱。

◎身故受益人如採指定個別家屬時，依金融機構防制洗錢辦法要求需提供受益人姓名、身分證號(外籍人員請提供居留證統一證號或護照號碼)、出生日期與國籍等基本資料。

◎身故保險金受益人如係指定法定繼承人或為其他身分別之指定及如有要保人或被保險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受益人之通知依據。如同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，同意如下表會員之聯絡方式。

★必填欄位 ★服務機關：_____局/_____分局/_____所 單位：_____

★單位電話：_____ 分機：_____ ★住家電話：_____ ★行動電話：_____

★通訊暨保費催告寄送地址：(郵遞區號：_____) _____

★要保單位聲明

投保之被保險人身分確為本要保單位所屬成員，且本要保單位已向全體被保險人告知前述保險契約內容，包括但不限於保險期間、保險金額等事項。

簽收日期：中華民國 _____年 _____月 _____日

※以上事宜若有疑義者，以要保單位與保誠人壽所簽訂之團體保險契約所載全部事項及保單條款為依據，保誠人壽保有最終決定承保與否之權利。