

114年6月起適用

保經代版

專案代號：09V11

店鋪平安燈

開門廣納四面八方財，店鋪平安燈有點卡安心



甲類專案

辦公處所、
住宅大樓管理委員會

乙類專案

餐廳、美食街、飲食店、飲料店、小吃店、冰果店、咖啡館、
麵包、藥妝店、美髮店、書店、文具店、DVD/VCD/小說漫畫出租
店、服飾店、通訊行、鐘錶眼鏡行、百貨公司賣場之專櫃、
學校、補習班、課後托育中心、K書中心、幼兒園、藝文空間、
集會堂（場）、展覽、宿舍、民宿、基地台

丙類專案

診所、自助洗衣店、旅館業、
招待所、超級市場、平面停車場
（營業處所面積99坪內）

平安

各縣市政府規定應強制投保公共意外責任險額度表

幣別 / 單位：新臺幣 / 元

各地區規範	每一人體傷死亡	每一意外事故傷亡	每一意外事故財產損失	保險期間內最高賠償金額
臺北市、新北市、桃園市、新竹市、彰化縣	600萬	3,000萬	300萬	6,600萬
臺中市、宜蘭縣	300萬	3,000萬	300萬	4,800萬
臺東縣	300萬	2,000萬	300萬	2,400萬
臺南市、澎湖縣	300萬	1,500萬	300萬	3,600萬
高雄市	300萬	1,500萬	200萬	4,800萬
基隆市、南投縣、屏東縣	300萬	1,500萬	200萬	3,400萬
花蓮縣	300萬	1,500萬	200萬	2,400萬
苗栗縣、雲林縣、嘉義縣、嘉義市、金門縣、 連江縣	200萬	1,000萬	200萬	2,400萬
新竹縣	200萬	2,000萬	200萬	3,600萬

註：實際規範依照各縣市政府自治條例為準

承保範圍

第三人體傷



第三人死亡



第三人財損



多項加值保障選擇

食物中毒



廣告招牌



電梯責任



停車場責任



建築物承租人火災責任



平安

注意事項

公共營利事業場所未投保公共意外責任保險需處以罰鍰，
最高NT\$10萬元（依各縣市政府自治條例規定）

平安

加值服務

- 配合保戶需求贈送「公共意外責任險投保證明書」
- 發生本保單承保意外事故，提供專業法律諮詢服務
- 保單賠付民事訴訟抗辯費用

服務人員：

臺灣產物保險股份有限公司

100台北市館前路49號8、9樓 電話：(02) 2382-1666

公司網址：<https://www.tfmi.com.tw>

客戶諮詢專線：0800-365-518（365天 我要保）



公共意外責任保險專案費率表

承保範圍

被保險人因經營本保險契約所載之業務，於載明之經營業務處所，在保險期間內發生下列意外事故，致第三人體傷或財物損失，依法應由被保險人負賠償責任，而受賠償請求時，本公司依本保險契約之約定對被保險人負賠償之責：

- 一、被保險人或其受僱人因經營業務之行為在營業處所內發生之意外事故。
- 二、被保險人營業處所之建築物、通道、機器或其他工作物所發生之意外事故。

幣別 / 單位：新臺幣 / 元

基本方案

承保項目\方案	方案一			方案二			方案三			方案四		
每一個人體傷責任	2,000,000			3,000,000			3,000,000			6,000,000		
每一意外事故體傷責任	10,000,000			15,000,000			30,000,000			50,000,000		
每一意外事故財物損失責任	2,000,000			2,000,000			3,000,000			3,000,000		
本保險契約之最高賠償金額	24,000,000			34,000,000			48,000,000			66,000,000		
自負額	2500			2500			2500			2500		
總管里面積坪數\類別	甲類	乙類	丙類	甲類	乙類	丙類	甲類	乙類	丙類	甲類	乙類	丙類
1~24 坪	1,139	1,415	3,212	1,538	1,912	4,336	2,381	2,959	6,713	3,122	3,879	8,799
25~49 坪	1,405	1,747	3,962	1,898	2,357	5,347	2,937	3,650	8,279	3,851	4,785	10,853
50~74 坪	1,671	2,077	4,710	2,256	2,804	6,358	3,492	4,340	9,845	4,579	5,690	12,906
75~99 坪	1,937	2,407	5,459	2,615	3,249	7,371	4,048	5,031	11,411	5,307	6,596	14,960
100~124 坪	2,203	2,737	---	2,974	3,696	---	4,605	5,721	---	6,036	7,501	---
125~149 坪	2,469	3,068	---	3,333	4,142	---	5,159	6,413	---	6,764	8,405	---

加價購

總管里面積坪數\類別	甲類	乙類	丙類	甲類	乙類	丙類	甲類	乙類	丙類	甲類	乙類	丙類
食品中毒責任附加條款	75	95	200	75	95	200	75	95	200	75	95	200
停車場責任附加條款(平面)	75	95	200	75	95	200	75	95	200	75	95	200
電梯責任附加條款	75	95	200	75	95	200	75	95	200	75	95	200
廣告招牌責任附加條款(B)	125	175	250	125	175	250	125	175	250	125	175	250
建築物承租人火災責任附加條款100萬	557	557	557	557	557	557	557	557	557	557	557	557
慰問金費用附加條款	300	380	845	300	380	845	300	380	845	300	380	845

總保險費：

元

備註：

- 1.保險期間：一年。
- 2.增加加值型保障：請於口勾選所需加值型附加條款。
- 3.承保處所：甲、乙類使用管理總面積1-149坪、丙類使用管理總面積1-99坪僅限單一處所，超過專案坪數或多處所案件洽核保另行報價。

本專案商品/文號：

臺灣產物公共意外責任保險/113.11.08產精算字第1130003361號函備查

臺灣產物公共意外責任保險食品中毒責任附加條款/105年9月13日(105)產意字第079號函備查(公會版)105.09.30產精算字第105001894號函備查

臺灣產物公共意外責任保險廣告招牌責任附加條款(B)/107.08.16產精算字第1070001957號函備查

臺灣產物公共意外責任保險停車場責任附加條款/105年9月13日(105)產意字第078號函備查(公會版)105.09.30產精算字第105001893號函備查

臺灣產物公共意外責任保險電梯責任附加條款/105年9月13日(105)產意字第076號函備查(公會版)105.09.30產精算字第105001897號函備查

臺灣產物公共意外責任保險建築物承租人火災責任附加條款/105年9月13日(105)產意字第081號函備查(公會版)105.09.30產精算字第105001892號函備查

臺灣產物公共意外責任保險慰問金費用附加條款/107.08.16產精算字第1070001953號函備查

投保注意事項：

※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。

※本公司保險商品悉依保險相關法令辦理，並受有財產保險安定基金之保障。

※消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率（預定附加費用率）最高29.7%，最低29.7%。如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點（免付費電話：0809-068-888）或本公司網站（<https://www.tfmi.com.tw>），以保障您的權益。

※臺灣產物保有承保及續保與否之權利。



臺灣產物保險股份有限公司

臺灣產物公共意外責任保險要保書

本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。有關本公司資訊公開說明文件，請見本公司網址：<https://www.tfmi.com.tw> 或親蒞本公司（100 台北市中正區館前路 49 號 8、9 樓）及各分支機構查詢
免費申訴電話：0809-068-888

113.08.29 產精算字第 1130002697 號函送保險商品資料庫

保 險 單 號 碼	第	號 本 單 係	第	號 保 單 續 保	保單份數	正 副	收 據 份 數	正 副
要 保 人				統一編號	出生年月日	代表人		
住 所 (通 訊 處)				聯絡電話		與被保險人關係		
被 保 險 人				統一編號	出生年月日	代表人		
住 所 (通 訊 處)				聯絡電話				
投 保 險 種 類 別	營業處所公共意外責任保險			全 年 營 業 額	(新台幣)萬元			
經 營 業 務 種 類				處 所 營 業 總 面 積	坪			
營 業 處 所 地 址								
保 險 期 間	自	年	月	日	時起至	年	月	日 時
承 保 項 目	保 險 金 額 (新台幣)							
	<input type="checkbox"/> 方案一		<input type="checkbox"/> 方案二		<input type="checkbox"/> 方案三		<input type="checkbox"/> 方案四	
每一個人體傷責任之保險金額	200 萬元		300 萬元		300 萬元		600 萬元	
每一意外事故體傷責任之保險金額	1,000 萬元		1,500 萬元		3,000 萬元		5,000 萬元	
每一意外事故財物損失責任之保險金額	200 萬元		200 萬元		300 萬元		300 萬元	
本保險契約之最高賠償金額	2,400 萬元		3,400 萬元		4,800 萬元		6,600 萬元	
自 負 額	NT\$ 2,500 元							
總 保 險 費								
附 加 條 款	<input type="checkbox"/> 臺灣產物公共意外責任保險食品中毒責任附加條款							
	<input type="checkbox"/> 臺灣產物公共意外責任保險廣告招牌責任附加條款 (B)							
	<input type="checkbox"/> 臺灣產物公共意外責任保險電梯責任附加條款： <input type="checkbox"/> 電扶梯____部 <input type="checkbox"/> 升降梯____部 <input type="checkbox"/> 貨梯____部							
	<input type="checkbox"/> 臺灣產物公共意外責任保險停車場責任附加條款： <input type="checkbox"/> 平面式____位							
	<input type="checkbox"/> 臺灣產物公共意外責任保險建築物承租人火災責任附加條款：每一意外事故及保險期間累計保險金額最高以新台幣 100 萬元為限，且不受主保險單所載每一意外事故財物損失之保險金額限制，另行給付之。							
	<input type="checkbox"/> 臺灣產物公共意外責任保險慰問金費用附加條款							
一、傷害醫療慰問金費用保險金額： 每一個人：新台幣 2,500 元。每一意外事故：新台幣 10,000 元。保險期間內最高賠償金額：新台幣 50,000 元。								
二、身故慰問金費用保險金額： 每一個人：新台幣 20,000 元。每一意外事故：新台幣 100,000 元。保險期間內最高賠償金額：新台幣 200,000 元。								
其他附加條款：								
要保人茲特聲明：								
1. 本要保書所填各項，均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事，足為與 貴公司訂立保險契約之基礎，要保人並願接受該保險契約各項條款及規定之約束。								
2. 本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。								
3. 本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。								
此致								
臺灣產物保險股份有限公司				要保人簽章		年 月 日		
保 經 、 代 填 寫 欄 位								
單位名稱		單位代號		招攬人員		保經、代公司簽章		
				簽 名 登錄證字號				
保 險 公 司 填 寫 欄 位								
核保	經辦	輸入	分保	服務人員	保險業務員			
					簽 名 登錄證字號			



親愛的客戶，您好：

臺灣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：

一、蒐集之目的：

- (一)財產保險(〇九三)；
- (二)人身保險(〇〇一)；
- (三)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：

本公司蒐集之個人資料類別包含：識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、財務細節及健康及其他類等。例如：姓名、身分證統一編號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況、病歷、醫療、健康檢查或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料等予以填載，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)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：上述對象所在地之地區。(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：透過客服專線(0809-068888)向本公司提出申請。

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，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨招攬人員報告書(財產保險)

投保險種：		要保人與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他	
自然人	要保人： 居住地址： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (國名) 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國名) 職業： <input type="checkbox"/> 一般職業(非註一職業) 註一職業： <input type="checkbox"/> 註二職稱： <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 要保人與被保險人為同一人(被保險人資料免填) 被保險人： 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國名) 職業： <input type="checkbox"/> 一般職業(非註一職業) 註一職業： <input type="checkbox"/> 註二職稱： <input type="checkbox"/>	
	法人	<input type="checkbox"/> 要保人與被保險人為同一人(被保險人資料免填) 被保險人： 法人負責人： 行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (國名) 法人主要營業處所： <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他	
	註一：律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。軍火商。不動產經紀人。當舖業、融資從業人員。寶石及貴金屬交易商。藝術品/骨董交易商、拍賣公司。基金會、協會/寺廟、教會從業人員。博奕產業/公司。匯款公司、外幣兌換所。外交人員、大使館、辦事處。虛擬貨幣的發行者或交易商。		
註二：一般職員、單位主管(不含財務單位)、協理、副總經理、企業負責人、董事、監察人，財務主管、總經理/執行長(含外國企業在本地所設分公司之General Manager)、有權代表公司簽章人員、院長、校長。			
註三：本報告書之部分問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。			
註四：保險公司人員：係指執行直接投保(例如臨櫃投保及以傳送書面或電子文件方式投保)客戶投保適合度分析評估之人員。			
客戶屬性	<input type="checkbox"/> 非專業客戶	專業客戶：要保人或被保險人符合以下條件之一者：	
	<input type="checkbox"/> 專業客戶	(1) 依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構：國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構；國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。 (2) 要保人或被保險人為法人，接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五千萬元以上。	

一、客戶屬性(請逐一確認)

1. 招攬人員已充分瞭解要保人及被保險人之基本資料.....☐
2. 招攬人員已瞭解要保人之投保條件、投保目的及需求程度，並交由核保人員進行相關核保程序.....☐
3. 招攬人員已瞭解要保人及被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可足資傳遞電子文件之聯絡方式(保險契約係以電子保單型式出單者用).....☐
4. 招攬人員已使客戶瞭解所交保費係用以購買保險商品.....☐
5. 招攬人員已使客戶瞭解其投保之險種、保額與保費支出與其實際需求是否相當.....☐
6. 招攬人員已瞭解客戶對於匯率風險之承受能力(購買以外幣收付之非投資型商品適用).....☐
7. 招攬人員已充分瞭解客戶繳交保險費之資金來源為 ☐工作或營業收入/ ☐存款/ ☐其他.....☐

二、要保人之需求與投保目的(請選擇勾選)

1. 為個(法)人之財產及利益作風險規劃.....☐
2. 為個(法)人依法應負之賠償責任作風險規劃.....☐
3. 為個(法)人或團體所屬員工可能承受之傷害作風險規劃.....☐
4. 其他(請說明).....☐

三、業務報告(請逐一確認)

1. 招攬人員已向要保人說明對於本保險契約(含附加條款或附加保險)之權利行使、變更、解除及終止之方式.....☐
2. 招攬人員已向要保人說明承保公司對於本保險契約之(含附加條款或附加保險)權利、義務及責任.....☐
3. 招攬人員已向要保人說明其應負擔之保險費以及毋須負擔違約金及其他費用.....☐
4. 招攬人員已向要保人說明本保險依法受保險安定基金之保障.....☐
5. 招攬人員已向要保人說明承保公司因本商品所生紛爭之處理及申訴管道.....☐

保險代理人公司：☐ 簽章
保險經紀人公司：☐ 簽章

招攬人員：☐ 簽章

☐本件係直接投保案件，由保險公司人員比照本表事項執行瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估。

保險公司人員：☐ 簽章

要保人簽章：(需與要保書相同)	保單號碼/繳款單號/被保險人 ID/牌照號碼：	
信用卡授權(持卡)人與保單之關係：(請擇一勾選) 一、 授權(持卡)人為 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 <small>(若本公司系統未留存受益人身分證統一編號，請人工檢核是否為保單關係人)</small> 二、 授權(持卡)人為 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 之配偶或二親等血親內親屬或法定代理人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> (外)祖父母 <input type="checkbox"/> (外)孫子女 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 輔助人 ◆ 請檢附身分證影本或戶口名簿影本等關係證明文件 三、 授權(持卡)人為 <input type="checkbox"/> 法人(公司商務卡) <input type="checkbox"/> 法人負責人 <input type="checkbox"/> 法人員工 ◆ 請檢附識別證或名片或聲明書等關係證明文件		
法人授權信用卡付款聲明書 茲聲明授權書內信用卡之授權(持卡) 人為要保人、被保險人之公司商務卡或其 負責人或其員工，並同意以授權書內信用 卡帳戶扣繳本公司保險費。 <div style="text-align: right;">聲明人：(要保人、被保險人之大小章) _____</div>		
信用卡種類： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB		
信用卡卡號：_____ — _____ — _____ — _____		
授權(持卡)人姓名：(中文正楷)	授權(持卡)人身分證統一編號：	
發卡銀行：	信用卡有效期限：	授權(簽帳)日期：
	西元_____月_____年	_____年_____月_____日
保險費信用卡授權金額： 拾 萬 仟 佰 拾 元整		
授權(持卡)人簽名：(留存信用卡上之簽名樣式)	授權(持卡)人聯絡電話：	

註：

1. 信用卡授權人同意以信用卡支付上開保險費予臺灣產物保險股份有限公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。
2. 本項交易若未獲聯合信用卡處理中心核准，則本保險費信用卡付款授權書自動失效，保險費視同未收。
3. 保單服務人員(含業務員)須對授權書填寫之內容審核無誤，包含卡號、授權人姓名、身分證統一編號、信用卡有效期限、授權人和要保人簽名等資訊。

保單服務人員(含業務員)審核無誤：_____

(財)110/11 版

➤ 授權(持卡)人已充分知悉本公司依據個人資料保護法所告知之事項，並清楚瞭解本公司蒐集、處理及利用授權(持卡)人相關資料之目的及用途。上開告知事項已公告於本公司官網(<https://www.tfmi.com.tw>)。

※保單有附加自動續保(約)條款者，始適用下列信用卡授權約定事項※

- 一、 本授權書之效力包括本授權書所約定之保險單，要保人加保自動續約附加條款時，授權(持卡)人同意以本授權書之信用卡支付上開保險之續保保險費。
- 二、 信用卡如有卡號變更、停用或有效期限到期等情事，授權(持卡)人應主動通知本公司並重新填具授權書。

兆鎮國際保險經紀人有限公司【財產保險商品】書面分析報告

同一被保人買多份可寫在同一張(續保件且投保條件相同者免提供)

日期:

基本資料			
要保人 (法人為名稱及代表人)		被保險人 【與要保人關係】	
姓名		姓名	<input type="checkbox"/> 同要保人
身份証字號		身份証字號	
生日/職業/性別	/ / <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日/職業/性別	/ / <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
投保強制險必填	車牌號碼		車輛種類
保險需求 (一年傷害險續保+強制險+火災險保額相同續保件免填)			
本次投保之目的及需求		<input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)_____.	
欲投保之保險種類		1. <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 團體險 <input type="checkbox"/> 火災保險 <input type="checkbox"/> 責任險 <input type="checkbox"/> 工程險 <input type="checkbox"/> 運輸險 <input type="checkbox"/> 其他..(請說明)_____ 2. <input type="checkbox"/> 強制險 <input type="checkbox"/> 任意車險 3. <input type="checkbox"/> 旅行平安險-- <input type="checkbox"/> 國內 <input type="checkbox"/> 國外(保額500萬以下免填)	
保險期間		_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日	
欲投保之保險金額		<input type="checkbox"/> 保額:_____萬/元, 醫療:日額_____元/實支:_____萬元 <input type="checkbox"/> 海外突發疾病:_____ (旅平險適用) <input type="checkbox"/> 強制險依政府規定之保額	
是否已有投保其他商業保險?		<input type="checkbox"/> 是, _____保險公司, <input type="checkbox"/> 否	
是否有指定之保險公司		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請說明)	
是否已有投保其他商業保險之有效保險契約		<input type="checkbox"/> 是, _____保險公司, <input type="checkbox"/> 否	
保險費支出			
預估繳交之保險費金額		新臺幣: _____元	
業務員建議事項及資訊揭露及報酬收取			
保險公司名稱及概況		_____產物保險股份有限公司 提供 <input type="checkbox"/> 保險公司網站 <input type="checkbox"/> 保發中心網站 查詢概況	
投保內容		主約: <input type="checkbox"/> 同意自動續保 <input type="checkbox"/> 不同意自動續保	
欲投保之保險金額		主約: _____萬 <input type="checkbox"/> 依估價單內容為準	
保障範圍		<input type="checkbox"/> 死殘保障 <input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 財產保障 <input type="checkbox"/> 責任保險 <input type="checkbox"/> 其他_____	
保險費		保費: _____元	
建議投保保險公司理由		<input type="checkbox"/> 保障完整 <input type="checkbox"/> 符合需求 <input type="checkbox"/> 客戶指定 <input type="checkbox"/> 其他	
報酬收取說明		◎本公司依規定無另行向要保人收取任何型式報酬	

防制洗錢風險評估檢核表

項目	風險	備註
地域風險	<input type="checkbox"/> 本國保戶 <input type="checkbox"/> 外國保戶 <input type="checkbox"/> 自然人 <input type="checkbox"/> 非自然人	1. 本國保戶:一般風險 2. 外國保戶&非自然人(高洗錢及資恐風險黑名單):高風險
保戶風險	<input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類	第1類: 包含當舖、金融代辦中心、地下匯兌、賭場、賽馬或賭博相關行業 第2類: 包含國內外政治人士、軍火商、珠寶、骨董或名畫古玩商、銀樓 第3類: 不動產買賣商、律師、會計師、貿易商、證券或期貨仲介經紀商 第4類: 前3類以外者
來源: <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 舊識轉介 <input type="checkbox"/> 親友&朋友 交易: <input type="checkbox"/> 業務員面對面 <input type="checkbox"/> 電銷 <input type="checkbox"/> 網路投保		
產品風險	<input type="checkbox"/> 未代收保費 <input type="checkbox"/> 有代收保費	1. 未代收保費者, 為一般風險。 2. 有代收保費者, 若屬高現金價值保單與保戶個人收入或資產有不相當者為高風險。
整體風險	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 高	前三項評估皆為高風險或其他資訊可判斷為高風險者, 應婉拒代洽訂保險契約
※簽名確認 業務人員簽名: _____ 登錄字號: _____ 日期: _____		

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

103 年 12 月 22 日經總經理核准修正

兆鎮國際保險經紀人有限公司（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）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：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(分)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. 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。

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、延遲或無法提供相關服務。

被告知人：_____（簽名）（要被保險不同人時均須簽名）

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

105 年 03 月 15 日經總經理核准修正

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，除上述說明書所列告知事項外，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、處理或利用。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。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

立同意書人（即被保險人）簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

中華民國 年 月 日

10503