

轄區	保單號碼																			
----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

國泰人壽微型保險要保書

中華民國 98 年 10 月 26 日金管保品字第 09802202690 號核准

中華民國 107 年 6 月 29 日國壽字第 107061116 號備查

※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般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。

※投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。

※保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。

※要保人可透過免費服務電話(0800-036-599)或本公司網站(www.cathayholdings.com/life)、總公司(地址:台北市仁愛路四段296號)、分公司及通訊處所提供之電腦查閱資訊公開說明文件。

※本商品為保險商品，依保險法及其他相關規定，受「保險安定基金」之保障。

※本商品非存款商品，不受「存款保險」之保障。

壹、基本資料

代理投保單位	名稱		電話	
	代表人		傳真	
	地址	□□□□□		
要保人(即被保險人)	詳見投保名冊			
代理投保單位與要保人之連結關係	<input type="checkbox"/> 雇主與其員工關係。 <input type="checkbox"/> 合法合作社、協會、職業工會、聯合團體或聯盟與其成員關係。 <input type="checkbox"/> 金融機構或放款機構與其債務人關係。 <input type="checkbox"/> 學校與其學生關係。 <input type="checkbox"/> 社會福利慈善團體或機構與其服務對象關係。 <input type="checkbox"/> 直轄市政府、縣(市)政府、鄉(鎮、市)公所、區公所、村(里)辦公室與其戶籍居民關係。 <input type="checkbox"/> 宗教團體與其成員或該團體服務對象關係。 <input type="checkbox"/> 具有法人資格之團體與其會員或成員關係。			

貳、投保內容

投保商品名稱	國泰人壽微型傷害保險、國泰人壽微型傷害醫療保險附約	保險金額	詳見投保名冊
被保險人	詳見投保名冊		
受益人	身故保險金	依投保名冊。(以被保險人之法定繼承人或家屬為限)	
	失能保險金、傷害醫療保險金	被保險人本人。	
保險期間	自民國 年 月 日 時起，為期壹年。		
繳別	<input type="checkbox"/> 年繳		

代理投保單位(簽章)	代理投保單位代號	業務員簽名(保險經紀人/保險代理人)	申請日期
代表人: (簽章)		登錄字號(執業證號)	年 月 日

參、告知事項、聲明事項

傷害險告知事項：如被保險人有表列 1-7 項機能障害，請於被保險人名冊內容填寫編號

聲明事項	一、本人(被保險人)同意貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
	二、本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本要保書上所载本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠與否之依據。
	三、本人(被保險人、要保人)同意貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
	四、本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而貴公司仍承保者，貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知貴公司者，同意貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。

※要保人(即被保險人本人)同意授權代理投保單位向國泰人壽保險股份有限公司簽訂本人微型保險契約。

※本要保書告知事項均經要保人及被保險人確認，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條之規定解除契約，其危險發生後亦同。

※國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供予國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務中心或利用國泰人壽免費客戶服務專線(0800-036599)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集處理利用或刪除您的個人資料，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，國泰人壽將無法提供您完善的服務。

服務中心受理人員	服務中心主管	核定欄

肆、投保名冊

傷害險告知事項		被保險人目前身體機能是否有下列障害：(1)失明。(2)聾。(3)啞。(4)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○·三以下。(5)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。(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。													
序號	被保險人						投保內容		是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險	是否領有身心障礙手冊或證明	目前是否有受有監護宣告	傷害告知事項(無告知則不需填寫)	身故受益人		
	姓名	ID	住所/電話	工作內容	職業類別	法定代理人/監護人/輔助人簽名	傷害死亡及失能保險金額(萬元)	傷害醫療附約(參萬元)					姓名	身分證字號(ID)	
	姓名簽署	出生日期											與被保險人關係	聯絡電話	
												聯絡地址			
	姓名	ID	□□□					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	受益人	姓名：	ID：	
	簽署	生日	電話：					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	編號_____		關係：	電話：	
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 被保險人之法定繼承人	<input type="checkbox"/> 同被保人地址。地址：□□□		
	姓名	ID	□□□					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	受益人	姓名：	ID：	
	簽署	生日	電話：					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	編號_____		關係：	電話：	
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 被保險人之法定繼承人	<input type="checkbox"/> 同被保人地址。地址：□□□		
	姓名	ID	□□□					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	受益人	姓名：	ID：	
	簽署	生日	電話：					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	編號_____		關係：	電話：	
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 被保險人之法定繼承人	<input type="checkbox"/> 同被保人地址。地址：□□□		
	姓名	ID	□□□					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	受益人	姓名：	ID：	
	簽署	生日	電話：					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	編號_____		關係：	電話：	
								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 被保險人之法定繼承人	<input type="checkbox"/> 同被保人地址。地址：□□□		

註：①被保險人為限制或無行為能力者，法定代理人/監護人/輔助人需一併簽名。②投保傷害險需填寫職業類別。③身故保險金受益人與被保險人關係須為家屬或法定繼承人，如係身分別之指定及要保人不同意填寫或未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。④被保人若有受監護宣告或領有身心障礙手冊，請提供相關證明文件。※投保名冊資料修改，需請被保險人簽名或蓋章。

個人資料保護法應告知事項

親愛的客戶您好，感謝您選擇國泰人壽保險股份有限公司（以下稱本公司）提供之保險及服務，謹致謝忱。

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) 人身保險(○○一)
- (二) 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：

包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址、病歷、醫療、健康檢查及其他一切基於保險契約所提供之個人資料。

三、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、中華民國人壽保險商業同業公會、業務委外機構
、與本公司有再保業務往來之公司及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。

四、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。惟因執行職務或業務所必須之個人資料，本公司依個資法第11條規定，得拒絕 台端之請求。

(二) 行使權利之方式：書面、電子郵件、傳真、電子文件。

五、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，因此可能無法承保，敬請諒察。