

520 專案團體傷害保險說明書

一、投保內容

保障內容/保險保額		方案 A	方案 B	方案 C	方案 D
一般意外身故、失能保險金		100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
重大燒燙傷保險金		100 萬	200 萬	300 萬	500 萬
特定事故 最高給付 (含一般意外)	地震意外事故保險金	200 萬	300 萬	400 萬	600 萬
	電梯意外事故保險金	200 萬	300 萬	400 萬	600 萬
	火災意外事故保險金	200 萬	300 萬	400 萬	600 萬
傷害醫療 保險金	實支實付型	1 萬	2 萬	3 萬	5 萬
	日額型/最高 90 日(含骨折未住院保險金)	1,000/日	1,000/日	1,000/日	1,000/日
每人年繳保險費		520 元	1,000 元	1,500 元	2,400 元

二、投保對象及投保方案

投保對象	投保 / 承保年齡	投保方案
員工本人	首次投保需在職且未滿 65 足歲，最高可保至滿 70 足歲止	未滿 60 足歲者：A~D
		滿 60 足歲以上者：A~B
配偶	首次投保需未滿 65 足歲，最高可保至滿 70 足歲止	未滿 60 足歲者：A~D (不可大於員工)
		滿 60 足歲以上者：A~B
子女	年滿 20 足歲且需有正職工作	可選：A~D (不可大於員工)
	年滿 15 歲或具學生身份者	可選：A~B
員工父母	首次投保需未滿 65 足歲，最高可保至滿 70 足歲止	限選 A

1.員工投保後，眷屬才能投保，且保額(方案)不可大於員工。

2.辦理續保作業時已達 60 足歲者，其該年度續保以死亡及失能(傷害保險)保額限 100~200 萬元，傷害醫療保額限 1~2 萬元。

3.本專案限職業類別第 1~3 類者要保。

(為保障被保險人權益，如日後職業變更且變更後之職業屬不承保者，請務必通知辦理退保，如未通知，於保險事故發生時保險公司將不予理賠並終止該保險契約。)

三、保險範圍：

被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致失能、死亡、重大燒燙傷或需接受醫療時，保險公司依契約的約定，給付保險金。前項所稱意外傷害事故，指非由疾病引起之外來突發事故。

(一)身故保險金的給付(一般意外、火災、地震、電梯)：被保險人於本契約有效期間內遭受本契約約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內死亡者，保險公司按保險金額給付身故保險金。

(二)失能保險金的給付(一般意外、火災、地震、電梯)：被保險人於本契約有效期間內遭受本契約約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內致成條款附表所列失能程度之一者，保險公司給付失能保險金，其金額按該表所列之給付比例計算。

(三)重大燒燙傷保險金的給付：被保險人於有效期間內因遭受本契約約定之意外傷害事故，致成條款附表所列六項重大燒燙傷程度之一，且於意外傷害事故發生之日起第六日仍存活者，按表給付重大燒燙傷保險金。被保險人因同一意外傷害事故，致成同一部位符合附表所列二項以上重大燒燙傷程度時，本公司按較嚴重項目給付重大燒燙傷保險金。

(四)傷害醫療保險金的給付：

1.實支實付型：被保險人於本附加險有效期間內遭受主契約所約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內，經登記合格的醫院或診所治療者，保險公司就其實際醫療費用，超過全民健康保險給付部分，給付傷害醫療保險金。

倘被保險人不以全民健康保險之保險對象身分診療；或被保險人前往不具有全民健康保險之醫院或診所診療者，致該項醫療費用無法獲得全民健康保險給付，保險公司依被保險人實際支付之該項醫療費用之 65%給付，惟同一次傷害的給付總額不得超過保險單所記載的「每次實支實付傷害醫療保險金限額」。

2.日額型：被保險人於本附加險有效期間內遭受主契約所約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內，經登記合格的醫院治療者，本公司就其住院日數，給付保險單所記載的「傷害醫療保險金日額」。前項每次傷害給付日數不得超過九十日。

被保險人因第一項傷害蒙受骨折未住院治療者，或已住院但未達條款骨折別所定日數表，其未住院部分保險公司按條款骨折別所定日數乘「傷害醫療保險金日額」的二分之一給付。合計給付日數以按骨折別所訂日數為上限。

前項所稱骨折是指骨骼完全折斷而言。如係不完全骨折，按完全骨折日數二分之一給付；如係骨骼龜裂者按完全骨折日數四分之一給付，如同時蒙受下列二項以上骨折時，僅給付一項較高等級的醫療保險金

四、傷害保險不理賠項目：

●除外責任：①要保人、被保險人的故意行為。②被保險人犯罪行為。③被保險人飲酒後駕(騎)車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。④戰爭(不論宣戰與否)、內亂及其他類似的武裝變亂。但契約另有約定者不在此限。⑤因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。但契約另有約定者不在此限。

●不保事項：①被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。②被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。

五、保險效期：在團保契約有效下，保險效期為期一年。期間年齡滿 70 足歲，其效力仍持續至效期屆滿日止。

員工已離職或員工(或眷屬)已年滿 70 足歲者，即不予開放續年度繼續投保。

六、保險文件：自生效日起 30 日內寄達指定地址。

七、特別說明：本專案為一年期保單非終身型保險，採一年一約。詳細內容依保單條款為準；保險公司保留最後承保與否之權利。

八、承保公司：旺旺友聯產物保險股份有限公司

九、規劃服務：寶祥保險經紀人股份有限公司

電話：(02)2231-6319 · 0800-000559 傳真：(02)2231-6204

地址：23444 新北市永和區保生路 1 號 12 樓之 6

e-mail: pro.ins@msa.hinet.net http://www.proinbro.com.tw

520 一年期團體保險被保險人資料表【限第一次投保使用】

寶祥服務電話：(02)2231-6319 · 0800-000559
傳真：(02)2231-6204

◆保險期間：自 至 05.31 止

編號：

基本資料	員工姓名	☐ 已婚 ☐ 未婚	員工代號	e-mail
	服務單位			
	聯絡電話 (請留 2 支以上)	公：	宅：	手機：
	通訊地址	☐ 公司 ☐ 住家		

*請以正確填寫	身分	被保險人姓名	身分證字號	出生年月日	投保方案	保險費	身故受益人姓名/關係 員工可指定 (若不指定請填法定繼承人)
	員工本人					元	約定為員工本人
	配偶					元	
	子女 1					元	
	子女 2					元	
	子女 3					元	
	子女 4					元	
	員工父母					元	
	員工父母					元	

▶失能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

1. 保險效期為期一年，期間雖中途離職，其效力仍延至當年度保險屆滿日止，續年度請繼續投保，如已續保請退回保險證辦理退費，否則保險無效，事故發生後亦同。

2. 職業/工作內容限於「台灣地區傷害保險個人職業分類表」1-3類以內(例學生、家管、行政內勤.....等)。保險有效期間現職或轉職如超過第三類者，因工作所致事故則按照比例給付第四至第六類工作者；若屬拒保類及特殊費率者為拒保對象(註)，一律不予給付。

註：(1)戰務人員，(2)礦務人員：為實際從事採礦或礦坑內執行任務之人員，(3)運動員(職業)，(4)機師或空服員：為實際從事飛行任務之人員，(5)船員或海事人員：為實際從事海面上或海面下工作人員，例如：海上鑽油平台工作人員或潛水員，(6)警察、消防人員及執行任務之義警、義消人員，(7)各類競技人員(例如：賽車手)，(8)特殊費率者：遠洋、近海船舶所有工作人員，遊覽船、小汽船之駕駛及工作人員，自由車、角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、國術、拳擊人員，潛水、滑雪、馬術、特技、雪車教練及與賽人員，滑翔機具教練等。

繳費方式	☐ 1. 郵政劃撥 (劃撥帳號：18439721 戶名：寶祥保險經紀人股份有限公司)	 授權人簽名
	☐ 2. 郵政媒體轉帳——(茲依照臺灣郵政受託代繳款項辦法之規定，依被保險人之帳戶扣繳寶祥規劃團體保險費。) ※請掃描 QR-Code 填寫「自動轉帳付款授權書」※(正本需寄回寶祥)	
	☐ 3. 信用卡——(茲同意授權自本人信用卡帳戶進行自動轉帳作業，以支付保單年度應繳之保險費予本公司。) 發卡銀行： 有效期限： 月 / 西元 20 年 信用卡卡號： — — — — —	

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。

寶祥保險經紀人履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

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)司法警憲機關、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、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，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：您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、遲延或無法提供您相關服務或給付。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

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。

此致
寶祥保險經紀人股份有限公司

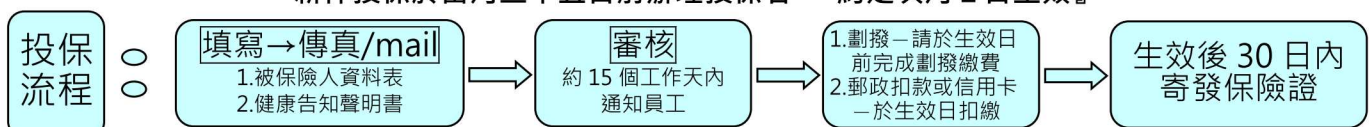
立同意書人(即被保險人)簽名： / / / / /
※未滿七歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人親自簽名；七歲(含)以上未滿二十足歲者，由被保險人本人及法定代理人親自簽名。

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 111/06/01

~~~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』~~~

新件投保於當月二十五日前辦理投保者，『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 |        |       |      |    |    |                |        |

◎被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? ☐是(姓名: \_\_\_\_\_):如勾選是者,請提供。 ☐否。

◎被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? ☐是(姓名: \_\_\_\_\_):如勾選是者,請提供相關證明文件。 ☐否。

## 二、告知事項(資料表寄回後,如於生效日前,有就醫記錄者,請逕向寶祥索取健康聲明書,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"/> |

| 答覆為<br>"是"時 | 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                                                     |
|             |                                                                              |    |         |      |      | <input type="checkbox"/> 是,約_____天<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |
|             |                                                                              |    |         |      |      | <input type="checkbox"/> 是,約_____天<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |
|             |                                                                              |    |         |      |      | <input type="checkbox"/> 是,約_____天<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |

【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: \_\_\_\_\_  
(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;  
七歲(含)以上未滿二十足歲者,由本人及法定代理人簽名。)

日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

◎歡迎影印使用 111/06/01

# 寶祥保險經紀人股份有限公司

委託機構代號

5

0

N

## 自動轉帳付款授權書

媒體產生日期：

立授權書人（以下稱授權人）\_\_\_\_\_授權郵局依照寶祥保險經紀人股份有限公司提供之資料，自授權人在郵局開立之儲金帳戶以自動轉帳付款方式，交付保險費費用；惟帳戶餘額不足支付帳款時，則不予轉帳。

郵局如因電腦系統故障、電腦設備故障、電信線路故障、停電、斷電、第三人之行為、不可抗力或其他不可歸責於郵局之事由致無法於約定日期完成轉帳作業時，郵局得順延至前開障礙事由排除後始進行轉帳作業，因而所致之遲延或損失，授權人同意免除郵局之一切責任。但該障礙事由係郵局之故意或重大過失所致者，不在此限。

授權人同意於郵局轉帳金額與應繳帳款不符時，自行洽寶祥保險經紀人股份有限公司查詢釐清及辦理補、退款等事宜，且授權書上屬於寶祥保險股份有限公司與授權人間權利義務之約定事項與郵局無關者，概與郵局無涉。

本授權書簽訂完成後，其效力不受帳戶所有人原留印鑑變更影響；原扣款帳戶辦理轉移者，將自動由新帳戶繼續扣款。授權人欲終止轉帳扣款時，應以書面方式向郵局或寶祥保險經紀人股份有限公司辦妥終止授權手續。

|             |                                          |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|------------------------------------------|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 授<br>權<br>人 | 戶 名                                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 身 分 證<br>統 一 編 號                         |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | <input checked="" type="checkbox"/> 存簿帳號 |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | <input type="checkbox"/> 劃撥帳號            |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 聯 絡 電 話                                  | (宅) (公)<br>(手機)        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 聯 絡 地 址                                  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                                          | 授權人用印（請蓋原留印鑑）          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                                          | 授 權 書 填 寫 日 期<br>年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                 |                                                               |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 委<br>託<br>機<br>構<br>確<br>認<br>欄 | 一、用戶編號：                                                       |
|                                 | 二、本授權書確由帳戶所有人填具（未成年人已取得法定代理人同意），且內容（印鑑除外）確認無誤。                |
|                                 | 三、已確認授權資料建檔內容與授權書所填相符。                                        |
|                                 | 確認人：                      主管（複核）：                      委託機構章： |

|        |     |     |     |
|--------|-----|-----|-----|
| 郵<br>局 |     |     |     |
|        | 審核： | 核印： | 註記： |

第1聯：郵局存查聯（永久保管）

轉換核印 107.01