



磐石保險經紀人股份有限公司

11494 台北市舊宗路二段 169 號 4 樓 電話：02-7702-3456 傳真：02-7715-9090

【人身保險】商品 書面分析報告

投保壽險公司「人身保險」商品時使用

Ver. 3.4

基本資料						
要保人	姓名 / 法人名稱			被保險人	姓名	<input type="checkbox"/> 同要保人免填 <input type="checkbox"/> 詳投保名冊
	年齡：_____歲	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業：_____		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	風險屬性(具投資風險或匯率風險等商品須填寫)				年齡	_____歲
	<input type="checkbox"/> 保守 <input type="checkbox"/> 穩健 <input type="checkbox"/> 積極 <input type="checkbox"/> 其他				職業	_____
保險需求						
本次投保之目的及需求(可複選)		<input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 家庭保障 <input type="checkbox"/> 子女教育 <input type="checkbox"/> 圓夢計劃 <input type="checkbox"/> 資產累積 <input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)				
欲投保之保險種類		<input type="checkbox"/> 壽險(含健康險、傷害險) <input type="checkbox"/> 年金險 <input type="checkbox"/> 投資型保險 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)				
是否有指定之保險公司		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(可複選) <input type="checkbox"/> 全球人壽 <input type="checkbox"/> 遠雄人壽 <input type="checkbox"/> 中國人壽 <input type="checkbox"/> 新光人壽 <input type="checkbox"/> 保誠人壽 <input type="checkbox"/> 台灣人壽 <input type="checkbox"/> 安聯人壽 <input type="checkbox"/> 安達人壽 <input type="checkbox"/> 富邦人壽 <input type="checkbox"/> 台銀人壽 <input type="checkbox"/> 友邦人壽 <input type="checkbox"/> 康健人壽 <input type="checkbox"/> 宏泰人壽 <input type="checkbox"/> 元大人壽 <input type="checkbox"/> 第一金人壽 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)				
欲投保之保險金額		<input type="checkbox"/> 詳建議書/要保書 <input type="checkbox"/> 保額_____ (萬/元)				
已有投保其他商業保險之有效保險契約		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是				
保險費支出						
預估繳交之保險費金額 (長年期保險請填寫以下兩項)		繳別： <input type="checkbox"/> 躉繳 <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 幣別： <input type="checkbox"/> 台幣 <input type="checkbox"/> 美元 <input type="checkbox"/> 人民幣 <input type="checkbox"/> 其他_____ 保費：_____元				
1. 繳交保險費之人預估退休剩餘年期		<input type="checkbox"/> 1~5年 <input type="checkbox"/> 6~10年 <input type="checkbox"/> 11~20年 <input type="checkbox"/> 21~30年 <input type="checkbox"/> 31~40年 <input type="checkbox"/> 40年以上 <input type="checkbox"/> 不適用				
2. 繳交保險費之來源		<input type="checkbox"/> 薪資 <input type="checkbox"/> 投資收入 <input type="checkbox"/> 既有存款 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 租金收入 <input type="checkbox"/> 營業收入 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 保單借款/解約 <input type="checkbox"/> 定存解約利息免打折 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)_____				
業務員建議事項						
保險公司名稱及概況		_____人壽保險股份有限公司 提供 <input type="checkbox"/> 保險公司官網 <input type="checkbox"/> 保發中心網站 <input type="checkbox"/> 保險公司DM <input type="checkbox"/> 建議書說明				
保險商品 / 險種名稱		<input type="checkbox"/> 提供商品建議書 <input type="checkbox"/> 提供DM <input type="checkbox"/> 其他(請說明)				
保障範圍		<input type="checkbox"/> 提供商品建議書 <input type="checkbox"/> 提供DM <input type="checkbox"/> 其他(請說明)				
保險金額：_____ (萬/元)		保險費：_____ 元		繳費年期： <input type="checkbox"/> _____年 <input type="checkbox"/> 一年一期		
建議投保保險公司之理由(可複選)		<input type="checkbox"/> 保險商品符合客戶需求 <input type="checkbox"/> 財務穩健 <input type="checkbox"/> 企業形象良好 <input type="checkbox"/> 售後服務優 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)				
要、被保險人地址、電話、電郵是否與業務員相同		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 關係：_____ 原因：_____				
業務員通報欄 要保人同受理日投保其他公司		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請填寫) _____				

要保人簽名：_____ 據點名稱：_____

未成年人之法定代理人簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日

業務員簽名：_____ 保經簽署人簽章：_____

登錄證字號：_____



磐石保險經紀人

THE RESTLESS ROCK

個人資料蒐集、處理及利用告知書

磐石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:

- (一) 姓名
- (二) 身分證統一編號
- (三) 地址、手機號碼及電子郵件帳號
- (四) 要保書、要保文件等其他基於保險契約所提供之個人資料

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/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:本公司、保險公司、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:您可以透過書面(包含紙本及電子文件,如電郵、傳真等)或致電本公司(電話:02-7702-3456)之方式行使權利。


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。

要保人簽名 	未成年人之法定代理人簽名
----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------


病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

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。若台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料,本公司將無法提供台端相關保險業務之申請及辦理。

立同意書人(主/附被保險人) 

已瞭解上述說明,並同意貴公司於符合相關法令規範範圍內,得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料,以及將上開資料轉送與貴公司有業務往來之保險公司辦理投保、契約變更或理賠作業。此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。此致

磐石保險經紀人股份有限公司

立同意書人簽名(主約被保險人) 	附加條款/附約被保險人簽名	未成年人之法定代理人簽名
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	--------------

註:被保險人若未簽署,本公司將無法提供相關保險業務之申請及辦理。

中華民國 年 月 日