

公勝保險經紀人股份有限公司

保戶個人資料蒐集、處理及利用告知書

公勝保險經紀人股份有限公司（以下稱本公司）現在或將來蒐集 台端之個人資料，依據個人資料保護法（以下稱個資法）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：

為達成蒐集目的之相關個人資料，包括但不限於姓名、身分證統一編號及聯絡方式等；餘請詳如相關業務申請書或契約書內容。
- 三、個人資料之來源：
 - （一）要保人/被保險人/保險費付款授權人
 - （二）台端之法定代理人、輔助人
 - （三）與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本經紀人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、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、中華民國保險經紀人商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、**財團法人金融消費評議中心**、**財團法人聯合信用卡中心**、與本公司合作之保險公司、業務委外機關、依法對本公司有調查權、監理權限之政府機關。
 - （三）地區：中華民國境內。
 - （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，本公司保有 台端之個人資料， 台端得向本公司行使之權利及方式：
 - （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：於本公司上班時間（週一至週五，8:30~12:00 或 13:00~17:30），撥打客服專線 0800-077090 由專人服務辦理。
- 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，本公司將無法進行必要之審核及處理作業，因此將婉謝或無法提供相關服務。

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。

【以上說明書及同意書，本人經已審閱並同意依此辦理】

此致

公勝保險經紀人股份有限公司

要保人親簽：_____

要保人身份證字號：_____

被保人親簽：_____

被保人身份證字號：_____

法定代理人：_____

法定代理人身份證字號：_____

保險費付款授權人：_____

保險費付款權人身份證字號：_____

中 華 民 國 年 月 日

基本資料							
要保人姓名		職	業	被保險人姓名	<input type="checkbox"/> 同要保人		
身分證字號		出生年月日		身分證字號		出生年月日	
要保人職業	<input type="checkbox"/> 第1類：包含當舖、金融代辦中心、地下匯兌等提供金融服務之非銀行單位、賭場、賽馬或賭博相關行業。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 第4類：前3類以外者。						
要保人可電訪時段	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 (依法令於招攬時需錄音錄影之商品或依規定需進行電訪作業)				要保人國籍： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 非本國籍(國家)：_____		
保險需求							
1. 本次投保之目的及需求(可複選)	<input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 資產累積(配置) <input type="checkbox"/> 員工福利 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____						
2. 欲投保之保險種類(可複選)	<input type="checkbox"/> 壽險 <input type="checkbox"/> 健康險 <input type="checkbox"/> 傷害險 <input type="checkbox"/> 殘扶險/長看護 <input type="checkbox"/> 投資型保險 <input type="checkbox"/> 年金險 <input type="checkbox"/> 外幣收付非投資型保險 <input type="checkbox"/> 團險(含健康險、傷害險) <input type="checkbox"/> 旅平險 <input type="checkbox"/> 其他_____						
3. 欲投保之保險金額	保額：_____萬，醫療：日額_____元/實支_____萬元，其它_____						
4. 風險屬性 (欲投保投資型或外幣計價商品適用)	欲投保投資型者： <input type="checkbox"/> 保守型 <input type="checkbox"/> 穩健型 <input type="checkbox"/> 積極型 欲投保外幣計價商品者： <input type="checkbox"/> 可承擔匯率風險 <input type="checkbox"/> 不可承擔匯率風險					風險屬性變更說明：	
5. 是否有指定之保險公司	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請說明)保險公司：_____						
6. 是否已有投保其他商業保險 或旅平險之有效保險契約	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請說明)保險公司_____ (壽險_____萬元；傷害險_____萬元)						
7. 保險期間(旅平險適用)	民國_____年_____月_____日起 ~ _____年_____月_____日止。						
保險費支出							
1. 預算繳交之保險費金額	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"/> NTD(新台幣) <input type="checkbox"/> USD(美元) <input type="checkbox"/> 其他(_____幣) 保費：_____元				<input type="checkbox"/> 依規定須另填「【高保費】防制洗錢及打擊資恐風險評估檢核表」 *條件一：期繳50萬以上；條件二：躉繳500萬以上；條件三：要保人於最近三個月內投保複數保單，總繳保險費達500萬元以上(均含等值外幣)，符合其中一條件者。		
2. 繳交保險費之人預估退休剩餘年期 (投保10年期(含)以上保險須寫)	<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						
3. 繳交保險費之來源	<input type="checkbox"/> 薪資收入(含紅利) <input type="checkbox"/> 投資收入 <input type="checkbox"/> 營業收入/租金收入 <input type="checkbox"/> 儲蓄 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 滿期金 <input type="checkbox"/> 貸款：_____ <input type="checkbox"/> 保單解約/定存解約 <input type="checkbox"/> 不動產買賣 <input type="checkbox"/> 贈與或繼承 <input type="checkbox"/> 其他：_____					收入異動備註說明：	
業務員建議事項/資訊揭露/報酬收取							
1. 保險公司名稱及概況	公司：_____人壽 參考： <input type="checkbox"/> 保險公司官方網站所示 <input type="checkbox"/> 保發中心網站 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
2. 保險商品/名稱/範圍/金額	主約：_____ <input type="checkbox"/> 提供商品建議書(經要保人確認簽名) <input type="checkbox"/> 進行行動投保前要保人已確認建議書內容						
3. 保險費/繳費年期	幣別： <input type="checkbox"/> NTD <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> 其他：_____		總保險費：_____元		主約繳費年期：_____年		
4. 建議投保保險公司理由(可複選)	<input type="checkbox"/> 財務穩健且服務迅速 <input type="checkbox"/> 客戶指定 <input type="checkbox"/> 品牌形象佳 <input type="checkbox"/> 商品具競爭力 <input type="checkbox"/> 符合保戶需求 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
5. 報酬收取說明(公勝保經)	◎本公司依規定無另行向要保人收取任何型式報酬。						
6. 和要保人建立業務關係管道	<input type="checkbox"/> 主動要求投保 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 客戶/朋友介紹 <input type="checkbox"/> 既有客戶、親友、業務員自己投保						
◆簽名確認	要保人親簽：				法定代理人親簽： (要保人未滿20足歲需填)		

防制洗錢風險評估檢核表

項目	風險評估內容
要保人職業	<input type="checkbox"/> 第1、2類(高風險) <input type="checkbox"/> 第3、4類(低風險)【請參考上方要保人職業欄位】
要保人國籍	<input type="checkbox"/> 國籍為制裁/高風險名單地區之外國人(極高風險) <input type="checkbox"/> 本國人或前項以外地區之外國人(低風險)
受益人屬性	<input type="checkbox"/> 法人(高風險) <input type="checkbox"/> 自然人(低風險)
受益人國籍	<input type="checkbox"/> 國籍為制裁/高風險名單地區之外國人(極高風險) <input type="checkbox"/> 本國人或前項以外地區之外國人(低風險)
產品風險	<input type="checkbox"/> OIU、投資型、外幣、年金、萬能利變保單、貨物運輸險、船舶險(高風險) <input type="checkbox"/> 健康險、傷害險、一般壽險、產險(低風險)
業務建立管道	<input type="checkbox"/> 主動投保(高風險) <input type="checkbox"/> 非主動投保(低風險)
客戶繳費管道	<input type="checkbox"/> OBU帳戶轉帳、非保單關係人繳費(高風險) <input type="checkbox"/> 要、被保人、受益人自繳(低風險)
異常交易徵狀 (無任何徵狀者，毋庸勾選)	<input type="checkbox"/> 對於保費資金來源無法提出合理說明 <input type="checkbox"/> 要保人與受益人間無保險利益存在 <input type="checkbox"/> 收入、預期收入與既有資產合計與總保費顯不相當 <input type="checkbox"/> 對給付項目或保障內容漠不關心 <input type="checkbox"/> 拒絕提供任何身分辨識或財務證明文件 *勾選以上任一個徵狀者即屬(極高風險)
總和評價： <input type="checkbox"/> 低度風險(非高度風險者皆屬之)	<input type="checkbox"/> 高度風險(極高風險1項，或合計有高度風險達4項者)(專責主管須簽核後始可送件) 洗錢暨資恐防制專責主管簽名：
*受制裁/高風險國家地區及人員名單查詢路徑為：公勝管理系統→公告訊息→法規專區→洗錢及打擊資恐→相關資料→洗錢及打擊資恐制裁名單 *『要保人』或『受益人』如經主管機關公布列入制裁名單(查詢路徑同上)，應即婉拒交易。	

業務人員暨/登錄(執業)證號：① _____ 業務中心：_____ 單位受理章：_____

② _____ 簽 署 人：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

公勝保險經紀人股份有限公司
【高保費】防制洗錢及打擊資恐風險評估檢核表

填寫注意事項：

1.業務同仁應據實填寫本檢核表，如有不實，恐有遭追訴犯罪共犯之風險！

2.有下列條件之一者，即應填寫本檢核表：

條件一：單一保單期繳保費達50萬元(含)以上。

條件二：單一保單躉繳保費達新台幣(下同)500萬元(含)以上。

條件三：同一業務人員招攬同一要保人於最近三個月內投保複數保單，全部保單總繳保險費達500萬元(含)以上。

3.『制裁/高風險國家名單地區』查詢路徑為：公勝管理系統→快速連結→法規專區→洗錢及打擊資恐相關搜尋→洗錢及打擊資恐制裁名單

4.要保人、被保險人或受益人有列名受制裁人員名單者，即應婉拒交易。

5.整體風險評分結果為『中度風險』及『高度風險』者，應先經專責主管審核通過方得送件受理。

類別	項目	風險評估說明	計分	勾選	小計
要保人	屬性 (請擇一)	自然人-未成年人	3	<input type="checkbox"/>	
		自然人-成年人	1	<input type="checkbox"/>	
		法人-非公開發行公司/獨資商號	3	<input type="checkbox"/>	
		法人-公開發行公司	1	<input type="checkbox"/>	
		法人-非營利法人	5	<input type="checkbox"/>	
	職業或營業 (請擇一)	第1類：當舖、金融代辦中心、地下匯兌等提供金融服務之非銀行單位、賭場、賽馬或賭博相關行業。	10	<input type="checkbox"/>	
		第2類：國內外政治人士、軍火商、珠寶、骨董或名畫古玩商、銀樓。	5	<input type="checkbox"/>	
		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。	3	<input type="checkbox"/>	
		第4類：前3類以外者。	1	<input type="checkbox"/>	
	國籍 (請擇一)	來自受制裁/高風險國家地區之外國人	10	<input type="checkbox"/>	
		來自非受制裁/高風險國家地區之外國人	3	<input type="checkbox"/>	
		本國人	1	<input type="checkbox"/>	
實質受益人	屬性 (請擇一) 【指定受益人有2人以上，且其分別符合不同選項時，請計分較高者】	自然人-未成年人	3	<input type="checkbox"/>	
		自然人-成年人	1	<input type="checkbox"/>	
		法人-非公開發行公司/獨資商號	3	<input type="checkbox"/>	
		法人-公開發行公司	1	<input type="checkbox"/>	
		法人-非營利法人	5	<input type="checkbox"/>	
	國籍 (請擇一)	來自受制裁/高風險國家地區之外國人	10	<input type="checkbox"/>	
		來自非受制裁/高風險國家地區之外國人	3	<input type="checkbox"/>	
		本國人	1	<input type="checkbox"/>	
保單關係人 【要保人、被保險人或受益人】	負面新聞人物	投保前一年間，曾涉及財產犯罪之負面新聞當事人	10	<input type="checkbox"/>	
		投保前一年間，曾涉及非財產犯罪之負面新聞當事人	3	<input type="checkbox"/>	
		投保前一年間無負面新聞出現	1	<input type="checkbox"/>	
產品及服務	商品種類 (請擇一)	OIU保單	10	<input type="checkbox"/>	
		貨物運輸險、船舶險	5	<input type="checkbox"/>	
		具有保價金之人壽保險、投資型保險及年金保險契約	3	<input type="checkbox"/>	
		財產保險、傷害保險、健康保險或不具有保單價值準備金之保險商品	1	<input type="checkbox"/>	
交易及通路	業務關係建立管道 (請擇一)	主動投保	5	<input type="checkbox"/>	
		陌生拜訪(保戶本無投保意願)	3	<input type="checkbox"/>	
		客戶轉介紹(保戶本無投保意願)	1	<input type="checkbox"/>	
		既有客戶、既有客戶之親友、業務員之親友、業務員	1	<input type="checkbox"/>	
	客戶繳費管道 (請擇一)	由要保人/被保險人/受益人以外之第三人OBU帳戶繳費	10	<input type="checkbox"/>	
		由要保人/被保險人/受益人之OBU帳戶繳費	5	<input type="checkbox"/>	
		由要保人/被保險人/受益人以外之第三人繳費	3	<input type="checkbox"/>	
		由要保人/被保險人/受益人繳費	1	<input type="checkbox"/>	
其他	其他重大疑似洗錢或資恐交易態樣 (可複選)	對於保費資金來源無法提出合理說明	10	<input type="checkbox"/>	
		收入、預期收入與既有資產合計與總保費顯不相當	10	<input type="checkbox"/>	
		對給付項目或保障內容漠不關心	10	<input type="checkbox"/>	
		拒絕提供身分辨識或財務證明文件	10	<input type="checkbox"/>	
		要保人與受益人間無保險利益存在	10	<input type="checkbox"/>	
		無重大疑似洗錢或資恐交易態樣	0	<input type="checkbox"/>	
整體風險	<input type="checkbox"/> 低度風險(9分-13分) <input type="checkbox"/> 中度風險(14分-17分) <input type="checkbox"/> 高度風險(18分以上) *請注意，本表檢核結果為中度或高度風險件者，應經專責主管簽核後，本公司始得受理！		合計		

要保人：_____

業務人員：_____ 登錄證字號：_____

受理日：_____/_____/_____

專責主管：_____

送件編號：_____
(由行專填寫並蓋章)

中 華 民 國 年 月 日