

專案特色

免等待期

本專案商品無等待期，核保成功
依投保生效日起享有一年保障

初次罹癌、特定癌症 增額給付

癌症就醫保障不可少

包含門診就醫日額、手術醫療費用、
放射線或化學治療日額

癌症義乳重建手術(限女性) 或癌症義齒裝設皆有保障

住院醫療日額，無論疾病 或意外住院，皆可給付

按日定額給付，同一次住院第31日起，
依保額加倍給付

出院療養保險金

本專案除給付住院醫療日額保險金外，
同時給付出院療養保險金，提供保戶雙
重的保障。

專案內容

承保範圍及項目 單位:新台幣元		方案A	方案B	方案C
初次罹癌	初次罹癌保險金	60萬元	100萬元	150萬元
	原位癌	6萬元	10萬元	15萬元
	初次罹患特定癌症 增額保險金	6萬元	10萬元	-----
住院醫療	住院日額醫療保險金	1,000元/日	2,000元/日	3,000元/日
	出院療養保險金	500元/日	1,000元/日	1,500元/日
癌症醫療	癌症門診醫療保險金日額	500元/日	500元/日	500元/日
	癌症手術醫療費用保險金	2萬元/次	3萬元/次	5萬元/次
	癌症放射線或化學治療 保險金日額	1,000元/日	1,500元/日	2,000元/日
	癌症義乳重建手術保險金 -限女性(每側限一次)	-----	4萬元/側	4萬元/側
	癌症義齒裝設保險金(限一次)	-----	4萬元/次	4萬元/次

※本保險為非保證續保之保險商品。

※本商品疾病無等待期。

※本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。

商品備查文號：

※第一產物初次罹患癌症健康保險：	105.03.04—產精字第1050130號函備查 110.08.05依110.06.02金管保產字第11004915581號令修正
※第一產物個人癌症醫療保險：	105.02.24—產精字第1050132號函備查 110.08.05依110.06.02金管保產字第11004915581號令修正
※第一產物個人住院日額醫療保險(甲型)：	105.03.04—產精字第1050134號函備查 110.08.05依110.06.02金管保產字第11004915581號令修正
※第一產物個人癌症義齒裝設及義乳重建手術保險金附加條款：	105.02.24—產精字第1050133號函備查 110.08.05依110.06.02金管保產字第11004915581號令修正
※第一產物初次罹患癌症健康保險特定癌症附加條款：	105.03.04—產精字第1050131號函備查 110.08.05依110.06.02金管保產字第11004915581號令修正

※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39%，最低39%；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0800-288-068)或網站(網址<https://www.firstins.com.tw>)，以保障您的權益。



第一產物保險股份有限公司

THE FIRST INSURANCE CO., LTD.
台北市忠孝東路一段54號 電話:(02)2391-3271

免費申訴電話：0800-288-068

公開資訊查詢：<https://www.firstins.com.tw>

111.01版



健康第一防癌險專案

住院日額+防癌保險

少少的付出，輕鬆擁有9大保障

永豐商業銀行股份有限公司

瞭解要/被保險人之需求及適合度分析評估暨業務員報告書(人身保險)

要保人姓名： 被保險人姓名： 同要保人

本國籍 外國籍 (國籍/註冊地) 本國籍 外國籍 (國籍/註冊地)

一般職業 下列註一之職業 一般職業 下列註一之職業

註一：01律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。02軍火商、不動產經紀人。03當舖業、融資從業人員。04寶石及金屬交易者05藝術品/骨董交易者、拍賣公司。06基金會、協會/寺廟、教會從業人員。07博奕產業/公司。08匯款公司、外幣兌換所。09外交人員、大使館、辦事處。10虛擬貨幣的發行者或交易者。

要/被保險人如為法人，請填寫下列欄位

要保人客戶屬性：非專業客戶 專業客戶(定義詳註二)

被保險人客戶屬性：非專業客戶 專業客戶(定義詳註二)

注二.專業客戶:要保人或被保險人符合以下條件之一者:
 (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。

法人負責人姓名： 法人負責人姓名：

法人註冊地：本國 外國(國家：) 法人註冊地：本國 外國(國家：)

要保人與被保險人財務狀況(新臺幣萬元為單位，以阿拉伯數字填寫)

單位：新台幣	被保險人	要保人(與被保險人同一人無須填寫)
個人/家庭年收入(含其他收入)	<input type="text"/> / <input type="text"/> 萬元	<input type="text"/> / <input type="text"/> 萬元
個人/家庭資產(含動產與不動產)	<input type="text"/> / <input type="text"/> 萬元	<input type="text"/> / <input type="text"/> 萬元

請逐一確認下列項目並勾選

1. 要被保險人關係：本人 配偶 子女 父母 傭傭 其他(請說明)
2. 要保人與被保險人投保目的及需求(可複選)：保障 與險轉轉 子女教育經費 退休規劃 房屋貸款 其他
3. 招攬經過：招攬投保 主動投保 親友介紹 陌生拜訪 其他(請說明)
4. 被保險人婚姻狀況：未婚 已婚 分居 離婚 同居 獨居
5. 家中主要經濟來源：要保人 被保險人 要保人之配偶 要保人之父母 其他(請說明)
6. 本次保費資金來源：工作收入或營業收入 儲蓄 貸款 保單借款 定存解約 契約終止(解約) 其他(請說明)
7. 身故受益人是否指定為被保險人之配偶、直系親屬【(外)祖父母(外)母(子)女】或法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承相關規定? 若是，請說明關係及原因：是 否
8. 過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上?若是，請說明居住國家(地區)：是 否
9. 要保人或被保險人是否現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或民意代表、公務機關首長)?若是，請說明：是 否
10. 要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或溢繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序?若是，請說明：是 否
11. 要被保險人是否投保(或在投保)其他商業保險?若是，請說明保險公司名稱：是 否
12. 投保前三個月內客戶是否有辦理終止保險契約、貸款或保險單借款?是 否
13. 要保書所載要保人及被保險人聯絡資訊，並非招攬業務員本人之住所/居所/聯絡地址/電話號碼/電子郵件信箱或所屬保險代理人、銀行、證券公司及其分支機構之營業處所地址，若勾選否，請說明原因：是 否
14. 本人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可定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適用)是 否

業務員聲明事項

※要保書之要、被保險人姓名、身分證字號、生日、職業及告知事項，確經本人當面向要、被保險人說明並核對相符，且由要、被保險人/法定代理人親自簽名。※本人向要、被保險人招攬時，已評估過要、被保險人收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額的相當性，要保人確已瞭解本次購買保險商品內容、繳納保險費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容，並作成本業務員報告書，以上特此聲明。

業務員簽名： 日期：年 月 日

銷售單位： 簽署人簽章：

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。

SINO003

投保服務流程



客戶填妥「健康第一防癌險專案」要保文件，並親自簽名且完成繳費



業務員至產險業務管理系統建檔、並掃描(附加)要保文件



將要保文件正本寄送至永豐銀行保險代理部



第一產物核保完成後，保單於7個工作天內寄發

投保注意事項

1. 消費者投保前應審慎瞭解本保險商品，並請銷售人員詳細說明保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險之內容。
2. 本商品係由第一產物提供，透過永豐商業銀行股份有限公司(以下稱永豐銀行)代理其保險商品，由永豐銀行及永豐金證券具保險業務員資格之同仁招攬、推介，惟相關及最終保險契約責任均由第一產物承擔。本商品內容、費率、保險給付(相關條件、年齡、金額等資格)與其他未盡事宜以保單條款為準。
3. 本專案商品之各項權利義務皆詳列於保單條款，保障內容以保單為主，消費者於購買前應詳閱相關銷售文件內容，審慎選擇保險商品，如欲詳細瞭解本專案之相關費用或其他資訊，請洽第一產物客戶服務中心(免費服務/申訴專線0800-288-068)，或於公司網站(https://www.firstins.com.tw)瀏覽，以保障您的權益。永豐銀行僅代理銷售；永豐金控所屬子公司(證券)僅代收及代轉保險相關文件，惟最終相關保險契約責任均由第一產物負擔。
4. 第一產物保有承保及續保與否之權利。
5. 本專案非銀行存款，不受「存款保險」之保障。
6. 本專案為保險商品，依保險法規定受「財團法人保險安定基金」之保障。
7. 因投保本商品所生之糾紛，未於30日內為適當處理或不為處理者，消費者在收受處理結果或期限屆滿之日起60日內，可向財團法人金融消費評議中心申請評議。
8. 基於個人資料保護法之規定，消費者可以撥打本公司服務專線，請求本公司答覆查詢、提供閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除其個人資料。

理賠案例

小李投保方案B，3個月後經確診罹患口腔癌第三期，經住院治療10日後出院療養，住院期間接受口腔黏膜切除，並接受化學治療1次，出院後陸續門診治療5次及義齒裝設，請問小李可獲得多少保險金?

小李共可獲得保險金**1,204,000元**

給付項目	給付金額	單位:新台幣
① 初次罹患癌症保險金	100萬元	
② 初次罹患特定癌症保險金	10萬元	
③ 住院日額保險金	2,000元 × 10日 = 20,000元	
④ 出院療養保險金	1,000元 × 10日 = 10,000元	
⑤ 癌症門診醫療保險金	500元 × 5日 = 2,500元	
⑥ 癌症手術醫療費用保險金	3萬元	
⑦ 癌症放射線或化學治療保險金	1,500元 × 1日 = 1,500元	
⑧ 癌症義齒裝設保險金	4萬元	

專案投保需知

- 一、保險期間：一年。
- 二、承保年齡(係指保險年齡)：15足歲~60歲，續保至65歲。
- 三、職業類別：第一~四類。
- 四、被保險人不得重複投保本專案或中途增加保額。
- 五、下列人員予以限保：
 1. 投保年齡55歲以上，限保方案A、B。
 2. 外籍勞工、外籍人士，限保方案A。(需有合法居留身份、固定工作及住所，投保時應提供居留證或工作證影本。)
 3. 家管、學生及退休人員，限保方案A及方案B。
- 六、下列人員不允承保：
 1. 無業者(家管、學生及退休人員不在此限，惟限保方案A及方案B)。
 2. 被保險人職業分類表屬第五~六類、拒保類別者及第一產物不承保職業(以前第一產物傷害險職業分類表104.03版為準)。
 3. 投保前被保險人已罹患癌症、特定疾病或體況不佳，經第一產物審核認為不宜承保者。
 4. 經第一產物審核，認為不宜承保者。

※第一產物保留承保與否之權利。其他未盡事宜，均依保單條款辦理。
 ※投保規則變動，以第一產物最新之投保規則辦理。
 ※本簡介僅供參考，詳細內容以保單條款為準。

第一產物保險股份有限公司

第一產物個人健康保險要保書

總公司地址：台北市忠孝東路一段 54 號 電話：(02) 2391-3271 (代表號)
第一產物保險股份有限公司免費申訴電話：0800-288-068 · 公開資訊查詢網址：<https://www.firstins.com.tw>

105.03.04—產精字第1050130號函備查；105.03.04—產精字第1050132號函備查；105.03.04—產精字第1050134號函備查
107.10.16—產精字第1070639號函送商品資料庫

※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。
※健康保險被保險人非因契約約定之保險事故致契約效力終止時，本公司退還未到期保險費予要保人。
※要保人終止本契約時，本公司從當期已繳保險費扣除按日數比例計算已經過期間之保險費後，將其未滿期保險費退還要保人。
※本保險為非保證續保之保險商品。

保險單號碼：	第	號	本單係	第	號	續保
要保人	姓名：	身分證字號：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期(民國)：	年 月 日	國籍(如為外國籍請填寫國別)： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍
	住所：			聯絡電話：		與被保險人關係： 係
被保險人	姓名：	身分證字號：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期(民國)：	年 月 日	國籍(如為外國籍請填寫國別)： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍
	住所：	<input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚
服務單位：			工作性質：			
受益人	本保險契約各項保險金之受益人為被保險人本人。被保險人身故時，如有尚未給付之保險金部分，其於給付對象則依本保險契約條款約定。					
受益人	受益人聯絡方式	聯絡電話：	地址：			
保險期間：	自民國	年	月	日	午夜十二時起一年。	保單送達地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 分行
1. 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如勾選是者，請提供。 2. 目前有無人身保險保單或已在本保險以外之其他人身保險商品(請勾選)。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						

承保範圍及項目 (單位：新台幣)	<input type="checkbox"/> 方案A	<input type="checkbox"/> 方案B	<input type="checkbox"/> 方案C
1 初次罹癌保險金(含原位癌)	60萬元 原位癌 6萬元	100萬元 原位癌 10萬元	150萬元 原位癌 15萬元
2 初次罹患特定癌症增額保險金	6萬元	10萬元	-----
3 住院日額醫療保險金	1,000元/日	2,000元/日	3,000元/日
4 出院療養保險金	500元/日	1,000元/日	1,500元/日
5 癌症門診醫療保險金日額	500元/日	500元/日	500元/日
6 癌症手術醫療費用保險金	2萬元/次	3萬元/次	5萬元/次
7 癌症放射線或化學治療保險金日額	1,000元/日	1,500元/日	2,000元/日
8 癌症義乳重建手術保險金-限女性(每側限一次)	-----	4萬元/側	4萬元/側
9 癌症義齒裝設保險金(限一次)	-----	4萬元/次	4萬元/次
總保險費	新台幣	元	

※要、被保險人對於本書面詢問，並親自填寫清楚，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，依保險法第六十四條規定，本公司得解除契約。保險事故發生後亦同。

被保險人告知事項		是 否	是 否
一、被保險人之職業及兼業？			
二、被保險人目前身高	公分，體重	公斤。	
三、過去兩年內是否曾接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？ (可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/>		
四、最近二個月內是否曾受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/>		
五、過去五年內是否曾患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/>		
1. 高血壓症(指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。			
2. 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。			
3. 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。			
4. 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT值檢驗值有異常情形者)。			
5. 腎臟炎、腎病候群、腎機能不全、尿毒、腎囊腫。			
6. 視網膜出血或剝離、視神經病變。			
7. 癌症(惡性腫瘤)。			
8. 血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海貧血)、紫斑症。			
九、糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。			
十、紅斑性狼瘡、腸原症。			
十一、愛滋病或愛滋病帶原。			
六、過去一年內是否曾患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/>		
1. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。			
2. 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。			
3. 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。			
4. 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。			
5. 痛風、高血脂症。			
6. 青光眼、白內障。			
七、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	<input type="checkbox"/>		
八、過去五年內是否曾受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/>		
九、被保險人為女性者：	<input type="checkbox"/>		
1. 過去一年內曾有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血，而接受醫師治療、診療或用藥？			
2. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？			

保險業務員已出示合格銷售資格證件，並提供「保險契約條款樣本或影本」向要保人清楚解說前述內容。「投保需知」及「要保書填寫說明」請要保人自行至本公司公開資訊查詢網址<https://www.firstins.com.tw>

聲明事項	要保人及被保險人向第一產物保險公司(以下簡稱貴公司)聲明同意下列事項： 1. 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。 2. 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、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之依據。 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。 ※本人(被保險人、要保人)已確認告知事項及聲明事項內容，請於下方欄位簽名。		
	要保人簽章：_____	被保險人簽章：_____	法定代理人簽章：_____
要保日期：民國	年	月 日	(被保險人未成年者，法定代理人需同時簽章)

※以下由第一產物填寫			※以下由保經代填寫		
核定	初核	經辦	分行名稱/代碼	業務員姓名(親簽)	保經代簽署人章
服務人員	通路代碼	業務來源	業務員編	業務員登錄字號	
	C020	B0601			

投保方案		方案 A		方案 B		方案 C		投保方案		方案 A		方案 B		方案 C	
年齡/性別	男	女	男	女	男	女	年齡/性別	男	女	男	女	男	女	男	女
15-19	912元	677元	1,743元	1,281元	2,580元	1,891元	45-49	6,213元	7,460元	10,938元	12,860元	15,824元	18,452元		
20-24	1,230元	1,220元	2,362元	2,323元	3,502元	3,434元	50-54	8,624元	8,634元	14,936元	14,700元	21,497元	21,054元		
25-29	1,247元	1,877元	2,362元	3,563元	3,488元	5,260元	55-59	11,402元	10,162元	19,471元	17,148元	-----	-----		
30-34	1,765元	2,779元	3,281元	5,196元	4,818元	7,622元	60-64	15,156元	11,625元	25,736元	19,602元	-----	-----		
35-39	3,009元	3,909元	5,530元	7,122元	8,102元	10,381元	65	19,857元	13,751元	33,724元	23,295元	-----	-----		
40-44	4,542元	5,244元	8,167元	9,279元	11,885元	13,420元	※本商品無疾病等待期，故本表之保險費適用於新續保件。								

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(即被保險人)，本人已瞭解下述告知說明，並同意貴公司就本人透過貴公司辦理相關保險業務時所檢附之病歷、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、處理及利用，以及將上開資料轉送與貴公司所代理之保險公司辦理相關保險業務(如客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴反爭議處理、內部控制及稽核之業務)。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。

一、蒐集之目的：(一)保險代理 (二)人身保險 (三)財產保險 (四)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)病歷 (二)醫療 (三)健康檢查

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(分)公司、本公司所代理之保險公司、本公司所代理之保險公司所合作之再保險公司、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、財團法人保險犯罪防制中心、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、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，台端就本公司及本公司所代理之保險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：以書面或其他日後可供證明之方式。

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轉送、客戶服務等作業，因此將婉謝、延遲或無法提供台端相關服務。

此致

永豐商業銀行股份有限公司/第一產物保險股份有限公司

立同意書人簽名(即被保險人)：_____ 法定代理人簽名：_____ 中華民國_____年_____月_____日

個人資料蒐集、處理及利用告知書(請將此頁提供客戶審閱或留存)

永豐商業銀行股份有限公司(以下簡稱本行)依保險法等相關法令規定，在經營現在已(或將來可能)獲主管機關核准營業項目範圍內之特定目的(包含但不限於行銷、保險代理、稅務行政、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用等)，需蒐集、處理及利用您的個人資料(包括姓名、身分證統一編號、聯絡資料、健康檢查、醫療及個人病歷資料、投保、理賠、日後保單變更及其他各項保險相關文件上記載之個人資料)；本行蒐集您的個人資料，只會在您與本行往來契約的前階段、契約存續期間、本行執行業務所必須、依法令規定應為保存之期間及經您同意之期間被處理或利用，並包括本行依法法律或主管機關相關法規或命令所為之蒐集、處理與利用。

本行蒐集到您的個人資料，原則上僅會以電子檔、音軌或紙本形式供本行(含受本行委託處理事務之委外機構)、依法令規定利用之機構、其他業務相關之機構、依國內外法令之有權機關或金融監理機關或稅務機關、客戶所同意之對象處理及利用(包括但不限於永豐金證券股份有限公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國保險代理人商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心等)，個人資料利用之地區為前述對象所在之地區。若您需要更進一步了解您的個人資料之處理或利用的詳細情形，歡迎您隨時與本行聯繫。本行保有您的個人資料，基於個人資料保護法之規定，您可以行使下述的權利：(1)查詢或請求閱覽您的個人資料。(2)請求製給您的個人資料複製本。(3)請求補充或更正您的個人資料。(4)請求停止蒐集、處理或利用您的個人資料。(5)請求刪除您的個人資料。

行使上述相關權利時，可至本行各營業單位、客服專線(永豐銀行：0800-088-111、02-25059999)或於永豐銀行網站(網址：https://bank.sinopac.com)查詢。

本行基於上述原因而需蒐集、處理或利用您的個人資料時，您可以自由選擇是否提供您的個人資料。若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，基於保險代理相關業務及您與本行其他往來契約服務之執行所需，本行即有可能無法提供您完善的服務。

客戶申訴途徑：

於投保期間或保單生效後，若對於與本商品相關之服務有不滿意之處，本人或經其授權之人除得向提供本商品之保險公司提出申訴外，亦可向下列公司提出申訴：

(1)永豐銀行申訴聯絡方式如下：消費爭議處理專線：(02)2505-9999 電子郵件地址：cchs@sinopac.com

(2)永豐金證券客戶申訴聯絡方式如下：聯絡電話：0800-038-123 電子郵件地址：service.sec@sinopac.com

※保險費付款方式(請勾選)

現金 戶名：第一產物保險股份有限公司 快易收帳戶 841+ 後 11 碼為被保險人身分證字號，其中第一碼英文字請對應下表轉成阿拉伯數字

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

信用卡(以下皆為必填欄位) 特約商店代號：15833937700 申請編號：_____

※立授權書人(信用卡持卡人，以下簡稱本人)茲同意由本人下列之信用卡帳戶扣繳應支付第一產物保險股份有限公司之保險費，並依照信用卡相關規定付款予發卡銀行，倘本人之信用卡發生無法扣繳保險費所致之損失，概由本人負責。

發卡銀行：_____ 卡別： JCB MASTER VISA (不得使用銀行或郵局金融卡)

授權人姓名：_____ 身分證字號：_____

信用卡卡號：_____ 行動電話：_____

有效年月：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 止

簽帳金額：新台幣 _____ 萬 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元整，簽帳日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

要保人與持卡人關係： 1.同要保人 2.同被保險人 3.配偶 4.子女 5.父母 6.法人負責人 ※關係為3.4.5.6.皆須檢附關係證明。

信用卡授權簽章：_____ 要保人簽名：_____ (簽名樣式須與信用卡一致) (要保人簽名須與要保書相同)

授權人請詳閱下列注意事項： 1.持卡人已確認保證上開填寫之信用卡資料均為詳實無訛。 2.授權人以本授權書所載關係為限。 3.本授權書因填寫內容不全、錯誤或其他原因致無法辦理轉帳者，若要保人未於通知之期限內繳納保險費時，上開保單自始不生效力。 4.發卡機構拒絕給付保險費予第一產物保險股份有限公司，致當期/續保保費轉帳不成功時，原授權書之效力即自動終止。 5.依洗錢防制法之規定，信用卡帳單(或授權書)之填寫須確認繳款人資訊，上述填寫持卡人與要保人關係僅限一樣態。 6.本人已詳閱「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」知悉貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定範圍內有對本人之個人資料為蒐集、處理及利用之權利。 7.授權人關係如非要保人或被保險人，需檢附關係證明文件以利本公司審核(如身分證影本、戶口名簿影本或戶籍謄本等)。 8.授權人為法人負責人，需檢附關係證明文件以利本公司審核(如工商登記資料)。

※授權人如為法人負責人請蓋公司大小章及法人負責人簽名