

## 產險業履行個人資料保護法告知義務內容

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司（以下稱本公司）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 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

**一、蒐集之目的：**

(一)財產保險(○九三);(二)人身保險(○○一);(三)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：**

(一)姓名；(二)身分證統一編號；(三)聯絡方式；(四)病歷、醫療、健康檢查；及/或(五)其他：詳如相關業務申請書或契約書內容。

**三、個人資料來源（個人資料非由當事人提供，而為間接蒐集之情形適用）**

(一)要保人/被保險人；

(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)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、對象、地區及方式：**

(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：本公司及本公司海外分支機構、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、與本公司有再保業務往來之公司、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，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：以書面或客服專線（0800-339-899）通知本公司。**

**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，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

受告知人：\_\_\_\_\_ (簽章)

中 華 民 國

年

月

日

註：本公司履行上開告知義務，不限書面或取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

中華民國內政部警政署員警暨眷屬自費加保申請書

### ★員工資料 (必填)

服務單位	(局/總隊)	(分局/大隊/科/室)	(所/中隊)					
	其他所屬單位(請詳述所屬機關及單位名稱)							
姓名		出生日期	民國	年	月	日	身分證字號	
手機		服務單位電話					電子信箱	
住家地址								

## 一、參加資格：

- 員工投保年齡上限為 65 歲，配偶、父母(含繼父母、配偶父母)及祖父母(含配偶祖父母)投保年齡上限為 80 歲；子女投保年齡為 30 歲以下。
  - 眷屬(包含配偶、子女、父母【含繼父母、配偶父母】及祖父母【含配偶祖父母】)之職業類別限「臺灣地區傷害保險個人職業分類表」第一類至第四類人員。

## 二、保險內容

保險期間：自民國 106 年 11 月 27 日翌日零時起為期一年		
適用對象	員工	眷屬
安達產物團體傷害保險(身故保險金或喪葬費用保險金)	350 萬	200 萬
安達產物重大燒燙傷團體意外傷害保險附加條款(重大燒燙傷保險金)	122 萬 5,000 元	70 萬元
安達產物團體傷害保險(殘廢保險金)	依殘廢程度與保險金額比例給付保險金	
安達產物團體傷害保險傷害醫療保險附加條款	(實支實付型(甲型)傷害醫療保險金) (日額型(乙型)傷害醫療保險金)	3 萬元 2,000 元
骨折未住院給付內容	按骨折別日數 x 住院醫療保險金日額的比例給付	
完全骨折	按骨折別日數表乘以二分之一 (最高 60 日)	
不完全骨折	按骨折別日數表乘以四分之一	
骨骼龜裂	按骨折別日數表乘以八分之一	
安達產物團體加護病房傷害保險附加條款(日額型)(加護病房日額保險金)	2,000 元	2,000 元
每人年繳保費	1,580 元	695 元

三、被保險人基本資料(「身故保險金受益人」欄位若未填寫則為法定繼承人)

**四、注意事項**

要保人/被保險人同意：

1. 本人(被保險人)同意美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱安達保險)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)同意安達保險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(被保險人、要保人)同意安達保險就本人個人資料，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。

**五、繳費方式：**

自行繳款(待本公司寄發保險費繳款通知單後可至便利商店、郵局或 ATM 轉帳繳款)

信用卡繳交首續年度保費

**信用卡繳費授權資料欄：**

立授權書人(以下簡稱本人)授權發卡機構於美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱貴公司)同意承保上列保險契約後，自本指定信用卡帳戶扣繳應繳付之首期及續期(保)保險費，如因授權書內容填寫錯誤或其他原因致無法代扣保險費，本授權書效力立即終止，但其情形得於補正者不在此限。若信用卡因故毀損、掛失或有效期間屆滿等原因而製作新卡時，本授權書對新卡仍具效力；但若信用卡卡號因此變更者，本授權書之效力自動終止。要保人於接獲續保通知後未能於保險期間屆滿前繳交續保保險費者，視為不同意續保。本授權書未記載事項，悉依相關法令規定辦理。

信用卡授權人姓名：\_\_\_\_\_

信用卡授權人身分證字號：\_\_\_\_\_

發卡銀行：\_\_\_\_\_ (請務必填寫)

信用卡號：\_\_\_\_\_ 信用卡有效期限：\_\_\_\_\_ (月/年)(西元)止

信用卡持卡人與要保人關係 本人 配偶 父母 子女 兄弟姐妹

信用卡授權人簽名：\_\_\_\_\_ (須與信用卡之簽名樣式相同)

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日