

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司
英文投保證明申請表格

被保險人資料		要保人資料	
中文姓名		中文姓名	
英文姓名 (需與護照同)		英文姓名 (需與護照同)	
身分證字號		身分證字號	
護照號碼		護照號碼	
聯絡電話		聯絡電話	
申請原因：若是申請歐洲申根簽證請務必打勾。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 旅遊國家：_____ <input type="checkbox"/> 其它，請說明：_____			
保單號碼：			
英文投保證明寄送方式 <input type="checkbox"/> 郵寄住址：_____ <input type="checkbox"/> Email 信箱：_____			

- ◎ 基於個人資料保護法等法令對個人資料保護的規範，此項申請需請要、被保險人親自提出申請。
- ◎ 歐洲申根簽證規定海外醫療需求(包括意外傷害醫療 & 海外突發疾病醫療)各需達3萬歐元。
- ◎ 本人確認已收受貴公司提供之「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。

要保人 親簽：_____

被保險人 親簽：_____

申請日期：_____

業務員簽名：_____ 業務單位主管：_____

部門主管：_____ 覆核：_____ 受理經辦：_____

*隨函敬請檢附護照影本，以便核對護照上之英文姓名及護照號碼。謝謝！

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（〇九三）；（二）人身保險（〇〇一）；（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）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。