

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司
 保險契約撤銷/終止申請書

保單號碼		要保人		身分證字號	
要保人 連絡電話		被保險人		身分證字號	

*以上各項聯絡資訊僅供本次授權聯絡事宜使用，如與要保書不同而需異動，請另行提出申請變更。

保單終止日	自_____年_____月_____日翌日零時起終止/不生效力。 *若前述指定日之保費未能成功扣款，則要保人同意以本保單之最後一次繳費有效日為終止日。
終止原因	*您的寶貴意見，將作為提升本公司服務品質之重要依據。煩請 務必勾選下列原因或說明。 <input type="checkbox"/> 1. 投保其它保險公司商品 <input type="checkbox"/> 2. 保費過高 <input type="checkbox"/> 3. 無預算 <input type="checkbox"/> 4. 未收到保單 <input type="checkbox"/> 5. 不滿意保障內容 <input type="checkbox"/> 6. 不需要保險 <input type="checkbox"/> 7. 其他(請說明)_____
退費方式 (原信用卡扣款 請勿填寫)	*付款對象限「要保人」本人。 <input type="checkbox"/> 匯款 銀行/郵局名稱：_____ 分行：_____ 帳號：_____ <input type="checkbox"/> 支票

要保人簽名：_____

被保險人簽名：_____ (七歲(含)以上之被保險人請親簽)

法定代理人簽名：_____ (未滿二十足歲者或無行為能力人，請法定代理人簽名確認)

申請日期：中華民國_____年_____月_____日

※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」。

※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

(以下欄位為保經代及保險公司人員使用欄請勿填寫)

受理單位(保經/保代)				經辦單位(保險公司)		
單位代碼	業務員	業務員 行動電話	簽署人章	退費金額	經辦人員	主管簽核

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。