



地址：台北市104建國北路二段15號 電話：(02)2507-5335  
 免費申訴電話：0800-005-588 理賠專線：0800-789-999  
 要保人可透過本公司網站<http://www.skinsurance.com.tw>  
 或至總公司、分公司及通訊處查閱資訊公開說明文件

# 新光產物個人旅行保障綜合保險要保書

106.02.06(106)新產精發字第 055 號函備查

保險單號碼 <small>(由新光產物人員填寫)</small>	合約號碼 <small>(由新光產物人員填寫)</small>	保險期間 <small>(由新光產物人員填寫)</small>	自民國 年 月 日起一年。 <small>(每次賠償責任期間由要保人或被保險人與本公司另行約定)</small>		
要保人姓名	身分證號碼	出生日期	年 月 日	繳費方式	■信用卡
聯絡地址	聯絡電話		住家：	公司：	
電子保單 (同意請勾選)	○支持環保愛地球，本人同意設定電子保單，且不寄送紙本保單。 本公司因特殊狀況無法提供時，得通知要保人改提供紙本保單。			行動電話	<small>(此欄位必填)</small>
			電子信箱	<small>(此欄位必填)</small>	

被保險人基本資料(限要保人親屬)				身故保險金受益人資料欄位(未滿15足歲之被保險人無身故保險金。)					
編號	姓名/親簽	身分證號碼	出生日期	與要保人關係	姓名	身分證號碼	與被保人關係	聯絡電話 <small>(同要保人免填)</small>	聯絡地址 <small>(同要保人免填)</small>
1	同要保人	同要保人	同要保人	本人					
2									
3									

※本人(被保險人)已確認聲明事項之內容請於上方欄位簽名。(如被保險人為未滿20歲、心神喪失、精神耗弱或遺禁治產者，請由法定代理人或監護人親簽。)  
 ※殘廢保險金及醫療保險金的受益人均為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。  
 ※指定身故受益人限為被保險人之配偶、子女、父母及兄弟姐妹，未指定者，視為同意以法定繼承人為身故保險金受益人。  
 ※未滿15足歲之被保險人無身故保險金，如保險期間被保險人已滿15足歲，而未指定受益人時，視為同意以法定繼承人為身故保險金受益人。

### 保障內容(單位:新台幣元)

個人旅行保障綜合保險	承保項目\方案別	國內旅遊方案				國外旅遊方案				申根公約國際旅遊方案					
		死殘保險金	殘廢保險金	重大燒燙傷保險金	傷害醫療費用保險金	死殘保險金	殘廢保險金	重大燒燙傷保險金	傷害醫療費用保險金	海外突發疾病醫療保險金	死殘保險金	殘廢保險金	重大燒燙傷保險金	傷害醫療費用保險金	海外突發疾病醫療保險金
	個人責任保險【自負額2,500】	限額5萬				限額50萬				限額50萬					
	旅行文件重置費用	-				-				-					
	行李延誤補償保險金	-				每次限額1萬				每次限額1萬					
	行李損失補償保險金	-				每次5,000				每次5,000					
	旅遊延誤補償保險金	-				每次5,000				每次5,000					
	旅遊延誤延誤保險金	-				每次3,000				每次3,000					
	旅遊延誤延誤保險金	-				每次3,000				每次3,000					
	額外住宿與交通費用	-				每次限額1.5萬				每次限額1.5萬					
	劫機延誤保險金	-				每日3,000				每日3,000					
	食物中毒延誤保險金	每次2,000				每次2,000				每次2,000					
	提早結束旅程之補償保險金	-				每次10,000				每次10,000					
	信用卡盜用損失補償費用	-				每次限額2萬				每次限額2萬					
	保額適用年齡\承保項目	死殘保險金	殘廢保險金	重大燒燙傷保險金	傷害醫療費用保險金	死殘保險金	殘廢保險金	重大燒燙傷保險金	傷害醫療費用保險金	海外突發疾病醫療保險金	死殘保險金	殘廢保險金	重大燒燙傷保險金	傷害醫療費用保險金	海外突發疾病醫療保險金
	未滿15足歲	-	100萬	25萬	10萬	-	100萬	25萬	10萬	10萬	-	100萬	25萬	100萬	100萬
	15足歲-20歲	-	200萬	50萬	20萬	-	200萬	50萬	20萬	20萬	-	200萬	50萬	100萬	100萬
	21歲-70歲	50萬	-	10萬	5萬	50萬	-	10萬	5萬	5萬	-	-	-	-	-
		100萬	-	25萬	10萬	100萬	-	25萬	10萬	10萬	-	-	-	-	-
		200萬	-	50萬	20萬	200萬	-	50萬	20萬	20萬	-	-	-	-	-
		300萬	-	75萬	30萬	300萬	-	75萬	30萬	30萬	200萬	-	50萬	100萬	100萬
		500萬	-	125萬	50萬	500萬	-	125萬	50萬	50萬	500萬	-	125萬	100萬	100萬
		100萬	-	25萬	10萬	100萬	-	25萬	10萬	10萬	-	-	-	-	-
		200萬	-	50萬	20萬	200萬	-	50萬	20萬	20萬	200萬	-	50萬	100萬	100萬
		300萬	-	75萬	30萬	300萬	-	75萬	30萬	30萬	300萬	-	75萬	100萬	100萬
		500萬	-	125萬	50萬	500萬	-	125萬	50萬	50萬	500萬	-	125萬	100萬	100萬
		800萬	-	200萬	80萬	800萬	-	200萬	80萬	80萬	800萬	-	200萬	100萬	100萬
		1,000萬	-	250萬	100萬	1,000萬	-	250萬	100萬	100萬	1,000萬	-	250萬	100萬	100萬
		50萬	-	10萬	5萬	50萬	-	10萬	5萬	-	50萬	-	10萬	5萬	-
		100萬	-	25萬	10萬	100萬	-	25萬	10萬	-	100萬	-	25萬	10萬	-
		200萬	-	50萬	20萬	200萬	-	50萬	20萬	-	200萬	-	50萬	20萬	-
		300萬	-	75萬	30萬	300萬	-	75萬	30萬	-	300萬	-	75萬	30萬	-
		500萬	-	125萬	50萬	500萬	-	125萬	50萬	-	500萬	-	125萬	50萬	-
		50萬	-	10萬	5萬	50萬	-	10萬	5萬	-	50萬	-	10萬	5萬	-
		100萬	-	25萬	10萬	100萬	-	25萬	10萬	-	100萬	-	25萬	10萬	-
		200萬	-	50萬	20萬	200萬	-	50萬	20萬	-	200萬	-	50萬	20萬	-
		50萬	-	10萬	5萬	50萬	-	10萬	5萬	-	50萬	-	10萬	5萬	-
		100萬	-	25萬	10萬	100萬	-	25萬	10萬	-	100萬	-	25萬	10萬	-
		50萬	-	10萬	5萬	50萬	-	10萬	5萬	-	50萬	-	10萬	5萬	-
		100萬	-	25萬	10萬	100萬	-	25萬	10萬	-	100萬	-	25萬	10萬	-
		50萬	-	10萬	5萬	50萬	-	10萬	5萬	-	50萬	-	10萬	5萬	-

總保險費(新台幣) 依每次賠償責任期間天數及人數計算

**聲明事項：**  
 一、本要保書所填各項均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事，足為與貴公司訂立保險契約之基礎，要保人並願接受保險契約各項條款及規定之約束。貴公司並得使用此一要保書上相關資料於產物保險一般行政及業務。  
 二、本人(要保人)已受過貴公司之健康檢查及投保須知等相關事宜。  
 三、本人(被保險人、要保人)已同意新光產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。  
 四、本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險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。  
 五、本人已簽署並瞭解貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。  
 六、本人(被保險人、要保人)已知悉並聲明購買貴公司之「傷害醫療保險或實支實付型醫療保險」之受益人，申請保險金時須檢附其醫療費用收據正本。但若被保險人已投保新光產物保險公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而未通知新光產物保險公司者，同業新光產物保險公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或他人身保險契約給付的部分不負給付責任。  
 七、本人(被保險人、要保人)已知悉並聲明「傷害保險保費扣繳附加條款(92.12.29財政部台財保字第092007327號函核准(公會版))、96.08.31依據行政院金融監督管理委員會95.09.01金管保二字第09502522257號令修正、99年2月10日產健字第018號函備查)條款之內容及規定。  
 八、本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本及投保須知請於下方欄位簽名。  
 九、本人(被保險人、要保人)已確認注意事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名。

※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業與消費者平衡對等原則，消費者仍應詳閱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。保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。  
 ※身故保險金受益人如係身分分別之指定如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

要保人親簽：	被保險人親簽 (未成年者其法定代理人親簽)：	要保日期：中華民國 年 月 日
保經代業人員/登錄字號	保經代簽署	經辦人員/登錄字號
收件號：		核保
單位代號：		科長
簽名：		經副理
登錄字號：		專案代號

ITP  
新光樂遊卡

# 個人旅行保障綜合保險被保險人名冊

本名冊附於並構成整個要保書

被保險人基本資料(限要保人親屬)					身故保險金受益人資料欄位 <small>(未滿15足歲之被保險人無身故保險金，如保險期間被保險人已滿15足歲，而未指定受益人時，視為同意以法定繼承人為身故保險金受益人。)</small>					
編號	姓名/親簽	身分證號碼	出生日期	與要保人關係	姓名	身分證號碼	與被保人關係	給付方式	聯絡電話 <small>(同要保人免填)</small>	聯絡地址 <small>(同要保人免填)</small>
1	同要保人	同要保人	同要保人	本人	1.			<input type="checkbox"/> 順位		
					2.			<input type="checkbox"/> 均分		
2					1.			<input type="checkbox"/> 順位		
					2.			<input type="checkbox"/> 均分		
3					1.			<input type="checkbox"/> 順位		
					2.			<input type="checkbox"/> 均分		
4					1.			<input type="checkbox"/> 順位		
					2.			<input type="checkbox"/> 均分		
5					1.			<input type="checkbox"/> 順位		
					2.			<input type="checkbox"/> 均分		
6					1.			<input type="checkbox"/> 順位		
					2.			<input type="checkbox"/> 均分		
7					1.			<input type="checkbox"/> 順位		
					2.			<input type="checkbox"/> 均分		
8					1.			<input type="checkbox"/> 順位		
					2.			<input type="checkbox"/> 均分		
9					1.			<input type="checkbox"/> 順位		
					2.			<input type="checkbox"/> 均分		
10					1.			<input type="checkbox"/> 順位		
					2.			<input type="checkbox"/> 均分		

※本人(被保險人)已確認聲明事項之內容請於上方欄位簽名。(如被保險人為未滿20歲、心神喪失、精神耗弱或遭禁治產者，請由法定代理人或監護人親簽。)

※殘廢保險金及傷害醫療保險金的受益人均為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。

※指定身故受益人限定為被保險人之配偶、子女、父母及兄弟姊妹，未指定者，視為同意以法定繼承人為身故保險金受益人。

新光樂遊卡專用

信用卡簽帳單暨授權書(首期與續期)

信用卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡	發卡銀行：
信用卡卡號：_____ - _____ - _____	信用卡有效期限：西元 20 ____ 年 ____ 月底止
持卡人姓名：_____    電話(日間)：_____    行動電話：_____	持卡人身分證號碼：
持卡人與要保人關係： <input checked="" type="checkbox"/> 本人 (持卡人限要保人本人)	
持卡人已詳閱下列注意事項及授權約定事項，對簽帳單暨授權書內容均已充分瞭解，並於下方簽名表示同意： 一、持卡人同意新光產物保險股份有限公司(下稱本公司)負責審核、保管，並自審核通過時起，要保人取得「新光樂遊卡」啟用認證後，始可向本公司約定賠償責任期間。 二、授權人將本授權書送達本公司據以辦理自動扣繳付款作業，並同意本公司於投保完成後，逕行以本授權書所載明之信用卡扣款。 三、有下列各款情形之一者，本授權書之效力自該情形發生之日起終止：(1)發卡機構不同意授權人依指定信用卡繳交保險費予本公司。(2)本授權書指定之信用卡，授權人與發卡機構之信用卡契約終止時。(3)要保人以書面通知本公司終止授權。(4)授權人重新填具授權書變更本授權書內容時，本授權書效力自新授權書生效後，即行終止。 四、簽訂本授權書後，如繳付保險費之「信用卡」卡號變更、停用或有效期限到期時，授權人應主動以書面通知本公司變更；如未通知變更而致遭發卡機構拒絕給付保險費時，依本授權書及保險契約之相關規定辦理。 五、授權人如因發卡機構代收金額與應繳金額不符時，或對保險費計算、變動有異議者，除依本授權書約定終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力。 六、授權人指定之信用卡不因日後簽名樣式變更而致使本授權關係失其效力。	
授權人暨持卡人簽名：_____ (須與信用卡背面簽名一致)    日期：____年____月____日	

新光產物保險需求及適合度分析評估暨業務員報告書

要保險人/要保單位			
被保險人			身分證號碼
1. 招攬經過： <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 招攬投保 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 其他_____			
2. 要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選) <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他_____			
3. 招攬時，是否向要保人或被保險人確認要保人與被保險人之關係及身分？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 要保人國籍：_____    被保險人國籍：_____ (中華民國國籍者免填)			
4. 身故受益人是否指定為配偶、直系親屬、兄弟姐妹，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，/請說明原因_____			
5. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，公司名稱：_____			
6. 確認被保險人外觀體況健康，無四肢五官殘缺或機能障礙？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請詳述部位及障礙程度：_____			
7. 要保人與被保險人或家中主要經濟來源者之財務狀況：(單位：新臺幣，要保人為法人時免填) (1) 家中主要經濟來源者： <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____			
(2) 工作年收入及其他收入 <input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201萬以上			
(3) 財務與資產狀況 <input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201萬以上			
8. 是否於招攬時已親晤要、被保險人及法定代理人皆親自簽名..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
9. 是否已充分瞭解要保人及被保險人之基本資料..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
10. 瞭解要保人之投保條件、投保目的及需求程度，並交由核保人員進行相關核保程序..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
11. 已使客戶瞭解所交保費係用以購買保險商品..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
12. 是否已使客戶瞭解其投保之險種、保額與保費支出與其實際需求相當..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
13. 要保人之需求與投保目的(請選擇勾選) (1) <input type="checkbox"/> 為個(法)人之財產及利益作風險規劃 (2) <input type="checkbox"/> 為個(法)人依法應負之賠償責任作風險規劃 (3) <input type="checkbox"/> 為個(法)人或團體所屬員工可能承受之傷害作風險規劃			
14. 已向要保人說明對於本保險契約之權利行使、變更、解除及終止之方式..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
15. 已向要保人說明本公司對於本保險契約之權利、義務及責任..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
16. 已向要保人說明其應負擔之保險費以及母須負擔違約金及其他費用..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
17. 已向要保人說明本保險受有保險安定基金之保障..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
18. 已向要保人說明本公司因本商品所生紛爭之處理及申訴管道..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
業務員聲明事項 ※ 要保書之被保險人姓名、身分證號碼、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身分證件，且由要、被保險人親自填寫要保書及簽名無誤。 ※ 本人具有招攬資格，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，要保人確已瞭解其所繳保費係用以購買保險商品，並於面見要、被保險人後作成本業務員報告書暨保單適合度分析表，如有不實致新光產險受損害時，願負賠償責任，特此聲明。			
單位：_____	業務員親簽：_____	簽署人簽章：_____	
日期：____年____月____日			

**一、投保時，應先請業務員出示登錄證，並請其詳細告知登錄證上所載授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。**

保險業務員管理規則第六條規定：業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

**二、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知道您投保的內容，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。**

**三、告知義務：**要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。

**四、契約的終止**

要保人得隨時終止本契約。契約之終止，自本公司收到要保人書面或其他約定方式通知時，開始生效。要保人依前項約定終止本契約時，本公司應從已繳之保險費扣除按實際已承保日數計算之保險費後，將其未滿期保險費退還要保人。被保險人於保險期間內身故時，本契約效力即為終止；本契約因前項情形終止時，本公司應從當期已繳之保險費扣除按實際已承保日數計算之保險費後，將其未滿期保險費退還要保人。

**五、除外責任**

**個人旅行保障平安保險適用**

被保險人因下列原因致成死亡、殘廢或傷害時，本公司不負給付保險金的責任。

1. 要保人、被保險人的故意行為。
2. 被保險人犯罪行為。
3. 被保險人飲酒後駕(騎)車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。
4. 戰爭(不論宣戰與否)、內亂及其他類似的武裝變亂。但契約另有約定者不在此限。
5. 因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。但契約另有約定者不在此限。

**六、不保事項**

**個人責任保險、旅行不便保險、旅行期間居家竊盜保險**

對於下列事故所致之損失，本公司不負給付責任：

- 一、被保險人因執行職務之行為所致者。
- 二、被保險人因所有或管理不動產所引起之事故。
- 三、被保險人以契約或協議所承受之賠償責任；但縱無該項契約或協議存在時仍應由被保險人負擔賠償責任者，不在此限。
- 四、被保險人對同行親友應負擔之賠償責任。
- 五、被保險人向人租借、代人保管、管理或控制之財物受有毀損或滅失；但旅館房間及其內之動產，不在此限。
- 六、因被保險人心神喪失所引起之事故。
- 七、因麻醉藥、大麻、鴉片、興奮劑及類似物品之影響所致者。
- 八、被保險人因所有、使用或管理飛機、船舶、車輛或槍枝所致者。

**個人旅行保障平安保險適用**

被保險人從事下列活動，致成死亡、殘廢或傷害時，除契約另有約定外，本公司不負給付保險金的責任。

- 一、被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。
- 二、被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。

**七、本保險商品受財產保險安定基金之保障。**

財產保險安定基金依保險法第一百四十三條之三第一項第三款規定，代保險業墊付要保人、被保險人及受益人依有效契約所得為請求之範圍，限於依保險法第六條設立之財產保險業及外國財產保險業在中華民國境內之總分支機構銷售之保險契約。但不包括分入之再保險業務。

**八、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：**

- 一、要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議，可以向本公司免費申訴專線0800-005-588或財團法人金融消費評議中心申訴。
- 二、要保人、被保險人或受益人因保險契約發生爭議時，可依金融消費者保護法規定先向保險業提出申訴，保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆申訴人；申訴人不接受處理結果者或保險業逾上述期限不為處理者，申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向財團法人金融消費評議中心申請評議。
- 三、如因保險契約爭議涉訟者，依據人身保險各險示範條款之約定，以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所中華民國境外時，則以雙方約定之地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

**附註：本投保人須知僅供參考，有關之權利義務，仍請詳閱契約條款之約定。**

**產險業履行個人資料保護法告知義務內容**

親愛的客戶，您好：

新光產物保險股份有限公司(下稱本公司)依個人資料保護法(下稱個資法)第6條第2項、第8條第1項(如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項)規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

**一、蒐集目的：**

- (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、蒐集個人資料之類別：**

包括但不限於姓名、身分證統一編號(護照號碼或居留證號碼)、出生年月日、住址、聯絡方式(電話號碼、行動電話、電子郵件地址)、病歷、醫療、健康檢查、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容。

**三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供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、利用之期間、對象、地區及方式：**

- (一) 期間：個人資料蒐集特定目的存續期間、提供金融商品或服務契約期間、因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。

**(二) 對象：**

1. 本(分)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、財團法人住宅地產保險基金、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、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。
2. 與本公司簽訂契約之保險代理人/保險經紀人及因辦理財產保險相關業務需要之第三方。
3. 依法令執行請求本公司提供資料之公務機關。
4. 除法令規定本公司必須進行之通報作業、提供資料予公務機關或上述因本公司營運作業所需合作之關係企業或廠商外，本公司不會在未獲得您的同意下將您的個人資料提供予任何第三方。

**(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3條規定，您就本公司保有您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。

**六、您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)：**

若您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、遲延或無法提供您相關服務或給付。

上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-005-588 免付費專線。