

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

中國人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項及第九條第一項之規定,及為遵循美國「外國帳戶稅收遵從法案(FATCA)」(下稱FATCA法案)之辨識義務,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:

本公司依據法務部公告「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」,並參酌本公司行業特性以人身保險(001)、金融服務業依法令及金融監理需要,所為之蒐集處理及利用(059)、財稅行政(095)及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)為特定目的。

二、蒐集之個人資料類別:

1. 識別類: (C001) 辨識個人者; (C002) 辨識財務者; (C003) 政府資料中之辨識者。
2. 特徵類: (C011) 個人描述; (C012) 身體描述; (C013) 習慣。
3. 家庭情形: (C021) 家庭情形; (C023) 家庭其他成員之細節。
4. 社會狀況: (C031) 住家及設施; (C032) 財產; (C033) 移民情形; (C038) 職業; (C040) 意外或其他事故及有關情形; (C041) 法院、檢察署或其他審判機關或其他程序。
5. 教育、考選、技術或其他專業: (C051) 學校紀錄; (C052) 資格或技術。
6. 財務細節: (C081) 收入、所得、資產與投資; (C082) 負債與支出; (C084) 貸款; (C086) 票據信用; (C088) 保險細節; (C089) 社會保險給付、就養給付及其他退休給付。
7. 健康與其他類: (C111) 健康紀錄。其他詳如本申請書或同意函所載內容。

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
- (二) 當事人之法定代理人、輔助人
- (三) 各醫療院所
- (四) 警局(派出所)、消防(救護)機關、地檢署、壽險公會
- (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、方式:

- (一) 期間: 本保險契約之有效期間、依法令規定應為保存之期間及於遵從FATCA法案之必要年限內。
- (二) 對象: 本(分)公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、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、作業委外機構、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、我國權責主管機關、美國政府(美國稅務居民適用)。
- (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. 查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 2. 請求補充或更正。
 3. 請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二) 行使權利之方式: 書面。

六、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,本公司將可能遲後或無法進行必要之審核及處理,因此可能遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

同 意 書

茲因向中國人壽保險股份有限公司（下稱中國人壽）申請保險給付投保商業保險之需要，立同意書人（與被保險人關係：本人受益人法定代理人監護人輔助人其他_____）同意並委託中國人壽之職員向 貴醫院（診所）、警局（派出所）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位，索引查詢(包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音或配合醫療院所作業所為之行為)、調閱、抄錄、影印被保險人 王○○ (生日：92 年 5 月 15 日、身分證號碼：A123456789) 本次申請傷病(_____ (病名)) 不限年期及自契約生效日： 年 月 日前五年內迄本同意書“簽章日”為止之就診且不限科別之相關病歷以及依據健保局提供之歷次就診紀錄查詢之就醫詳情、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用。

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由中國人壽職員代為填寫，並聲明：「立同意書人同意並委託中國人壽就本同意書為影印使用且本同意書之影本與正本具同等效力。」

此致

各有關醫院（診所）、警局（派出所）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位

各欄位請務必填寫
並簽名及蓋章。

立同意書人簽章：王○○ 印 身分證號碼：A123456789

法定代理人/監護人/輔助人簽章：王*** 印 身分證號碼：A135792468

(如立同意書人為未滿七歲之未成年人或受監護宣告者，應由其法定代理人或監護人代為簽章，若為七歲以上未滿二十歲之未成年人或受輔助宣告者，除本人簽章外，並須由其法定代理人或輔助人簽章)

聯絡地址：10595 台北市松山區機場路100號3樓

聯絡電話：(02) 7777-1357 行動電話：0988168168

中 華 民 國 101 年 7 月 20 日

附註：

1. 醫療法第 71 條規定：「醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔。」
2. 衛生署 96 年 3 月 27 日衛署醫字第 0960012310 號函釋，調閱病歷同意書規格不拘，醫療機構或保險公司提供與病患填寫使用者，均無不可。
3. 中華民國醫師公會全國聯合會 96 年 9 月 13 日(96)全醫聯字第 1716 號函釋，調閱病歷如使用影本，可加蓋與正本相同圖章後使用。

