

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司 函

地 址：110 台北市信義路五段 8 號 11 樓

傳 真：(02) 2355-1888

電 話：(02) 8758-1800 (分機 1931)

受文者：各保險經紀人/代理人股份有限公司

發文日期：中華民國 111 年 01 月 03 日

發文字號：安達經字第 1110023 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：依據金管會金管保壽字第 1100149165 號函核定之「因應保險法第 107 條條文修正案之相關配套措施」，本分公司相關作業辦法如說明，請 查照惠辦。

說明：

- 一、 依保險局民國 110 年 11 月 16 日會議決議，針對保險法 107 條條文修正案之相關配套措施，自 110 年 12 月 1 日起實施，承保未滿 15 足歲以下被保險人之人壽保險、傷害保險(含旅行平安保險)或含人壽保險、傷害保險(含旅行平安保險)之綜合型保險，其喪葬費用保險金之總額，不得超過遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之半(按現行規定之金額為 61.5 萬)。
- 二、 本分公司之作法：
如被保險人之喪葬費用投保金額已達前述金額者，將不另行通知；如未達前述金額，且有意願加保喪葬費用保險金者，須簽回契約變更申請書；如選擇不投保請簽回選擇不投保或附加含喪葬費用保險金保險商品確認聲明書。
- 三、 本分公司將於民國 111 年 01 月 06 日，以掛號信函寄送予保戶，總表送至保經總公司及分支單位(密碼請洽總公司索取)，俾利保經確認。
- 四、 以上作業適用商品範圍包含一年期個人傷害保險專案。
- 五、 煩請 貴公司配合辦理並轉知所屬業務員，無任感禱。

正本：各保險經紀人/代理人股份有限公司

副本：

總經理 曾增成

附件一：通知信函信範本

《POSTCODE》

《CITY》《ADDR1》《ADDR2》《ADDR3》

《FORMALNAME》 先生/小姐/寶號 鈞啟 OPP

安達產物個人傷害保險喪葬費用保險金加保通知書

保單明細如下：

保單號碼：《POLICY》

要保人：《PHNAME》

被保險人：《INSURED1 FORMALNAME》

付款方式：《BILL_ACCTNUM》

親愛的保戶，您好！

展信平安！感謝您選擇投保美商安達產物保險作為您的生活保障。由於本保險單之被保險人尚未屆滿 15 足歲，所投保方案內容係未包含喪葬費用保險金之保險商品，依據金管會金管保壽字第 1100149165 號函核定之「因應保險法第 107 條條文修正案之相關配套措施」，通知您可申請加保安達產物個人傷害保險喪葬費用保險金附加條款，以補足保險法第 107 條規定之限額缺口。

經查詢產、壽險公會電腦系統紀錄，依查詢當日之被保險人投保紀錄估算，您尚可投保喪葬費用保險金之金額為 XX 萬(此金額並非最終之實際承保金額)，惟依保險法 107 條第 2 項規定喪葬費用之總保險金額，不得超過遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半(按現行規定之金額為 61.5 萬)，故提醒您實際承保之保險金額，以本分公司核保當時所查詢之被保險人投保紀錄核算結果並載明於批註書上之保險金額為準。

無論您是否選擇投保安達產物個人傷害保險喪葬費用保險金之保障，請務必於民國 111 年 02 月 15 日前填妥隨函所附之 選擇不投保或附加具喪葬費用保險金保險商品確認聲明書 或 申請加保契約變更申請書 後，可直接轉交予您的業務專員或回傳至 02-2355-1290 或郵寄至 110 台北市信義區信義路五段 8 號 10 樓客戶服務部收。若您有任何疑問，歡迎致電美商安達保險客戶服務專線：0800-339-899，將有專人為您提供服務及說明。美商安達保險珍惜每個為您服務的機會。願您事事平安順達。

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

客戶服務部敬上

2022 年 01 月 XX 日

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

選擇不投保或附加含喪葬費用保險金保險商品確認聲明書

適用商品：安達產物個人傷害保險

(未滿 15 足歲被保險人適用)

經美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司通知，本人(要保人)可為未滿 15 足歲之被保險人「INSURED1FORMALNAME」選擇投保或加保或附加含喪葬費用保險金之保險商品：
保單號碼「POLICY」

本人、法定代理人已充分瞭解相關保險權利，並選擇不投保或加保或附加含喪葬費用保險金之保險商品，於未來續保時如欲改投保含喪葬費用保險金之保險商品，需由本人另行提出申請。

此致

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

要保人簽名：_____ 要保人之法定代理人簽名：_____

被保險人簽名：_____ 被保險人之法定代理人簽名：_____

(未滿 7 足歲者，由法定代理人代為簽名；7 歲(含)以上未滿 20 足歲且未婚者，由本人及法定代理人簽名。)

聲明日期：民國_____年_____月_____日

本文件需簽名之欄位，已由簽名欄所稱之當事人本人親自簽名，且經業務員／執業經紀人（代理人）親視簽名無誤。

業務員／執業經紀人（代理人）簽名：_____ 簽署日期：民國_____年_____月_____日

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司
110 台北市信義區信義路五段 8 號 10 樓

客戶服務專線：0800-339899
傳真：0800-586100

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

保險契約內容變更申請書

(第107條條文修正案之相關配套措施-未滿15足歲被保險人適用)

保單號碼	《POLICY》	要保人姓名	《PHNAME》	被保險人姓名	《INSURED1FORMALNAME》
		身分證字號		身分證字號	
要保人連絡電話		手機		市話	

申請契約變更項目：

保額變更：險種名稱：安達產物個人傷害保險喪葬費用保險金附加條款

變更保額：_____萬元。

喪葬費用保險金受益人(限親屬) 不同意提供身故保險金受益人聯絡地址及電話

(喪葬費用保險金受益人若未填寫則為法定繼承人)

※若超過一人且未註明給付比例或順位則均分方式辦理，另若勾選順位，請加註序號。

姓名	身分證字號	與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 比例 <input type="checkbox"/> 順位	電話	聯絡地址

※身故受益人若非為配偶、直系親屬、法定繼承人，或其順位及應得比例非適用民法繼承編規定者，請填寫「指定身故保險金受益人確認書」。
 ※身故保險金受益人如係身分之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所保留之聯絡方式，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」。

※為維護您的權益，提醒您務必於終止保險契約前確認已詳閱並充分了解下列重要事項：

1. 申請保險契約終止者，自本公司收到要保人書面通知並依約定之終止日期開始生效。本公司所負之保險責任即行終止，日後若發生任何事故，本公司恕不負任何保險責任。
2. 保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。
3. 保險契約終止後再投保新保單時，須承擔下列風險：
 - (1) 重新履行告知義務：須對投保新契約當時的體況進行健康告知，契約終止後至再投保新保單前之期間，倘被保險人罹患疾病而未履行健康告知，將可能因違反告知義務致保險公司依保險法第64條解除契約。
 - (2) 違反告知義務解除保險契約的除斥期間及健康險的等待期，都要從投保新契約之日起重新計算，再投保健康險之等待期重新計算期間，倘被保險人罹患疾病，恐將無法獲得理賠。
 - (3) 因重新投保時的年齡可能大於投保原契約時的年齡，保險費率可能也會相對提高，且可能因已超過新契約規定之投保年齡或身體健康因素而無法投保；或可能因為新舊契約保障範圍差異致無法獲得理賠等因素而影響您的保障權益。
 - (4) 再投保健康險前倘被保險人已罹患疾病，保險公司可能依保險法第127條主張不負給付相關保險金之責任。

批註欄(保險公司人員使用) 美商安達產物保險公司同意：

上述保單契約內容變更自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日翌日零時起生效。本期應收保費為新台幣 _____ 元整。

下期保費自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起調整為新台幣 _____ 元整。

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	收訖日期	經辦人員	核保人員	覆核人員

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司
 110 台北市信義區信義路五段8號10樓

客戶服務專線：0800-339899
 傳 真：0800-586100

202112 版

註：0800-586100 具有自動回傳第一頁文件加蓋『收訖』功能，傳真後敬請留意，或傳真無自動回傳功能傳真號碼 02-2355-1910

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（○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）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。