

個人資料蒐集告知事項

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：信用卡繳納保險費

財產保險（O九三），人身保險（O〇一），消費者、客戶管理與服務（O九〇），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：信用卡資料（信用卡種類、卡號、AE卡識別碼、有效期限與發卡銀行）、持卡人姓名、身分證字號、聯絡方式（如住址、電話或手機）、被保險人與保單或保卡或保險證號碼，詳如信用卡簽帳單內容。若繳費人非要/被保險人/受益人時，本公司為依法令核實繳費人與要/被保險人/受益人關係，須再徵提關係證明文件時，則蒐集個人資料之類別會增加如前述關係證明文件所載（識別類、特徵類、家庭情形、受僱情形）。

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）：持卡人即填寫信用卡簽帳單之人。

（一）要保人/被保險人/繳費人。

（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、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（如收單銀行）。

3、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關。

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條及第20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，本公司將無法提供您以信用卡繳納保險費之服務，請您以其他方式繳納保險費。

七、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。本告知事項若有更新時，以官網公告版本為準。

新光產物保險		信用卡保險費簽帳單				簽帳日期 年 月 日					
信用卡種類：		<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡				<代收代付業者不適用>					
信用卡卡號：		_____									
信用卡有效日期：		_____月 _____年									
持卡人姓名(填寫正楷)：		_____				持卡人電話：_____					
持卡人身分證號碼：		_____									
持卡人與保戶之關係：		<input type="checkbox"/> A 要保人 <input type="checkbox"/> B 被保人 <input type="checkbox"/> C 受益人（請勾選A~C及下列1~9之關係） <input type="checkbox"/> 1 本人 <input type="checkbox"/> 2 配偶 <input type="checkbox"/> 3 父母 <input type="checkbox"/> 4 子女 <input type="checkbox"/> 5 祖父母 <input type="checkbox"/> 6 孫子女 <input type="checkbox"/> 7 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 8 負責人 <input type="checkbox"/> 9 公司員工(110/1/1起關係2~9需檢附關係證明;法人客戶請填寫統編:_____)									
※持卡人聲明完全知悉與要保人關係，並同意以信用卡支付此簽帳內容予本公司，簽名以示同意		要保人親自簽章：				業務員簽章：					
		_____				電話：					
		(請與要保書上簽章相同)				傳真：					
持卡人親自簽名：		_____				授權號碼：					
		(請與信用卡上簽名相同)				保 險 費					
被 保 險 人		保單或保卡或保險證號碼 (選擇一種即可)				十	萬	千	百	十	元
共 計 _____ 件，		刷 卡 總 金 額 NT\$									

註：1. 持卡人同意以信用卡支付上開保險費金額予新光產物保險股份有限公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。

2. 本項交易經收單銀行核准後，當即寄發保險費收據予被保險人。

3. 本項交易若未獲收單銀行核准，則本保險費簽帳單自動失效，新光產物保險股份有限公司得重行收費。

4. 本項交易日後若有退費或溢收，依規定新光產物保險股份有限公司逕行將退費金額退至本簽單之信用卡帳號內。

信用卡簽帳單(個資版)10911