



保險金申請書(身故範例)

被保人姓名		王法國			保單號碼		ULDXX34567																										
身分證字號		A123456789																															
連絡電話		09XX345678		e-mail :		事故當時職業\工作內容 :																											
申請項目	<input type="checkbox"/> 門診, 附上收據、費用明細, 共__張 收據處理方式請擇一勾選: <input type="checkbox"/> 附門診單據影印本, 正本自行保存 <input type="checkbox"/> 附收據正本 <input type="checkbox"/> 附收據正本請核對後返還				<input checked="" type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 完全失能 <input type="checkbox"/> 2~-11 級失能 <input type="checkbox"/> 住院、手術 <input type="checkbox"/> 傷害醫療 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 暫時喪失工作能力 <input type="checkbox"/> 防癌、重大疾病/特定傷病、 重大燒燙傷、重大安養 <input type="checkbox"/> 其他__*註: 保險契約用詞異動說明如次頁																												
	申請事由		<input checked="" type="checkbox"/> 意外(申請意外請續填事故地點、經過) <input type="checkbox"/> 疾病 1. 事故時間: <u>XXX</u> 年 <u>XX</u> 月 <u>XX</u> 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <u>XX</u> 時 <u>XX</u> 分 <u>自駕小客車於當日早上一號國道北上 XX 公里處發生自撞車禍翻落坡邊, 送 XX 醫院急救</u> (門診免填) 2. 本次事由是否向其他公司申請理賠: <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是, 本人同意 貴公司可向下列公司查詢: <u>XX</u> 人壽; <u>XX</u> 產險																														
聯絡地址		<input type="checkbox"/> 同保單通訊地址 (*尚未勾選或填寫, 理賠各式書函/通知/支票, 將郵寄至保單通訊地址) 郵寄 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 地址: <u>XX</u> 縣(市) <u>XX</u> 市(鎮鄉區) <u>XX</u> 路(街) <u>XX</u> 段 <u>XX</u> 巷 <u>XX</u> 弄 <u>XX</u> 號 <u>XX</u> 樓之 <u>XX</u>																															
付款方式(擇一)		<input type="checkbox"/> 同最近一次理賠帳戶 <input checked="" type="checkbox"/> 匯款至下列銀行帳戶 <input type="checkbox"/> 支票給付 1. 選擇匯款倘若填寫資料有誤或不全造成退匯, 同意直接改以「禁止背書轉讓」支票給付。 2. 受益人不只一人, 若以下不敷填寫, 可改提供每位受益人之帳號封面影本。																															
		戶名		銀行/郵局		分行		帳號																									
		王 X 塔		XX		XX		2		3		4		5		6		7		8		9		1		0		1		2		3	
聲明事項		1. 依照條款申請理賠時須 <u>受益人僅為中華民國稅務居住者, 請勾選此處</u> 發生任何保單爭議事項, 概由申請人自行負責, 與 貴公司無涉。 2. 身故保險金受益人(申請人)同意, 為確認所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性, 貴公司得將前開資料與相關單位之死亡通報系統進行比對。																															
		<p>(一擇一)【遵循美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」及金融機構執行共同申報盡職審查作業(CRS)聲明】</p> 受益人本人聲明已詳閱法商法國巴黎人壽保戶 FATCA 及 CRS 身份確認同意暨聲明書如本申請書第二頁(合併列印) <input checked="" type="checkbox"/> 本人僅為中華民國稅務居住者, 其基本資料: 姓名/身分證字號/出生地/居住地址/出生日期, 同本次所附證件。 <input type="checkbox"/> 本人為具有 FATCA 所稱之美國納稅義務人身份或出生地為美國之個人, 或不是或不僅是中華民國稅務居住者, 或為法人, 願意提供 FATCA 及 CRS 身份確認同意暨聲明書與申報表格。(請續填第二頁及相關表格)(請詳背面說明)																															
		<p>病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書</p> 立同意書人同意貴公司基於人身保險業務需要, 得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法之規定, 蒐集、處理及利用 本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。(包含轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)(請務必簽名以確認同意並申請本次保險金)																															
		(申請人)受益人: <u>王 X 塔</u>		(簽名)		法定代理人/監護人簽名:		(簽名)																									
						身分證字號:																											
		<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> 受益人為具有 FATCA 所稱之美國納稅義務人身份或出生地為美國之個人, 或不是或不僅是中華民國稅務居住者, 或為法人, 請勾選此處 </div>																															
中華民國 108 年 01 月 01 日																																	
通路章 (由保經/保代蓋印)		通路受理編號:		通路或分行名稱:		保險公司收文章 (由巴黎人壽蓋印)																											
		理財專員姓名:		電話:()																													
				手機:																													
		e-mail:																															



法商法國巴黎人壽保戶FATCA及CRS身份確認同意暨聲明書(個人)

為遵循以「美國外國帳戶稅收遵從法」(FATCA)和金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)，金融機構須蒐集和審查稅務用途金融帳戶資訊以確定帳戶持有人的稅務居民身分或多個稅務居民身分，爰請 台端填寫下列詢問事項，並提供相關文件證據。**如具有美國人身份指標者，未依規定配合或提供相關文件時，將會被美國政府列為不合作帳戶，本公司會依相關規定處理。**

第一部分：稅務居民身分

<p>1. 您是否具有台灣稅務居民身分？</p>	<p><input type="checkbox"/>是 (請續填第 2 題) <input type="checkbox"/>否 (請續填第 2 題)</p>
<p>2. 您是否具有美國納稅義務人身分(如：具美國國籍、持有綠卡、美國長期居民) 註:美國長期居民係指非美國公民，但停留美國境內天數符合下列條件：當年度在美國境內停留天數≥ 31 天，且(當年在美國境內停留天數*1 + 去年在美國境內停留天數*1/3 + 前年在美國境內停留天數*1/6) ≥ 183 天。</p>	<p><input type="checkbox"/>是 (勾選是者，須檢附 W-9 表格，並請續填第 4 題) ※美國納稅義務人稅籍資料已於 W9 文件上載明，故本聲明書第三部份無須再重複填寫。 <input type="checkbox"/>否 (請續填第 3 題)</p>
<p>3. 您具有下列任一項指標？ (1) 出生地為美國 (2) 具美國公民身分或持有美國永久居留權(綠卡) (3) 具美國住址或聯絡地址(含郵政信箱) (4) 具美國電話號碼 (5) 曾全權委由留美國住址的人士處理帳務 (6) 持續指示將資金轉入位於美國的帳戶 (7) 所屬金融機構已確認客戶帳戶之轉信地址或代存郵件地址為客戶唯一地址。</p>	<p><input type="checkbox"/>是 (勾選是者，請提供下列身分證明文件，並請續填第 4 題) (1) W-8BEN 表格 (2) 非美國政府機關核發之身分證件影本 ※如客戶未提供身分證件影本，其客戶所填寫『W-8BEN』有效期限視為三年，當前述文件有效期限屆滿前本公司得向客戶要求重新填寫 W-8BEN。如客戶已提供身分證件影本，則『W-8BEN』有效期限則為永久。 (3) 喪失美國國籍證明 <input type="checkbox"/>否 (請續填第 4 題)</p>
<p>4. 您是否具有除上述國家以外之其他國家或地區之稅務居民身分？</p>	<p><input type="checkbox"/>是，請以英文填寫第二部分及第三部分，且第三部分【稅籍資料】須註明本人除美國以外所有稅籍(包含臺灣)，如無法提供稅籍編號者，請選填原因 A、B 或 C。 <input type="checkbox"/>否</p>

第二部分：帳戶持有人基本資料

姓 名：_____ (若填寫英文姓名請以護照/居留證姓名為準)

身分證字號/統一證號：_____

出生地：國家_____ 城市_____

現居地址：

同本次申請文件之通訊地址 (此選項限僅具台灣稅籍之帳戶持有人)

非上述情況，請填寫以下欄位：

國家：_____ 地址：_____

出生日期：同本次申請文件之出生日期



第三部分：稅籍資料

稅務居民國(地區)	稅籍編號	無法提供稅籍編號原因者(請填原因 A、B 或 C，若填 B 者，請以中文說明無法取得稅籍編號的原因)

註：無法提供稅籍編號原因，請選填原因 A、B 或 C：

原因 A - 帳戶持有人所屬的稅務居民國(地區)並無發給稅籍編號予其稅務居民。

原因 B - 帳戶持有人無法取得稅籍編號或類似編號。(若選填 B 者，須說明無法取得稅籍編號的原因)

原因 C - 無需提供稅籍編號。(僅針對所填寫的稅務居民國(地區)規定無需揭露稅籍編號時，才能選填此項)

聲明及簽署

- 本人已審閱上述表格所載全部內容且聲明以上勾選內容為真實且已於合理期間詳閱美國外國帳戶稅收遵從法條款及個人資料運用告知事項，本人並同意法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司得依該等條款相關約定(包括但不限於，向美國國稅局等依法有權機關與監理機關申報本人之美國稅務居民海外帳戶資料，及代理本人向美國稅法扣繳義務人出示本人 FATCA 身分別相關文件)辦理。
- 本人知悉及同意，法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司可根據稅捐稽徵法第五條之一及 CRS 有關金融帳戶資訊自動交換的法律條文，(a)收集本文件所載資料並可備存作稅務用途金融帳戶資訊自動交換用途及(b)把該等資料和關於帳戶持有人及任何應申報帳戶的資料向稅捐稽徵機關或其授權之機關申報，從而把資料轉交到帳戶持有人的稅務居民身分所在地的稅務當局。
- 本人如未能履行前述據實告知義務或未能配合提供「表示本人身分別的相關文件」，法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司即須依 FATCA 規定須將本人帳戶列為 FATCA 「不合作帳戶」(Recalcitrant Account)而須自存入本人名下屬 FATCA 法案所規範金融商品特定帳戶之款項中扣繳百分之三十(30%)之美國稅款。此外，本人了解及依據稅捐稽徵法第 46 條之 1，有關機關、機構、團體、事業或個人違反稅捐稽徵法第 5 條之 1 第 3 項規定，規避、妨礙或拒絕財政部或其授權之機關調查或備詢，或未應要求或未配合提供有關資訊者，由財政部或其授權之機關處新臺幣三千元以上三十萬元以下罰鍰，並通知限期配合辦理；屆期未配合辦理者，得按次處罰。法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司得對本人提前終止所有屬法案規範金融商品之契約、帳戶、往來業務關係及提供之相關服務。
- 本人證明，就與本文件所有相關的帳戶，本人是帳戶持有人(或本人業經帳戶持有人授權簽署本文件)。
- 本人承諾，如情況有所改變，以致影響本文件所述的個人的稅務居民身分，或引致本文件所載的資料不正確或不完整，本人有義務並且會通知法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司，在情況發生改變後 30 日內，向法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司提交一份已適當更新的自我證明文件及相關資料。
- 本人已詳細閱讀本確認書內所載之訊息，並同意配合 貴公司遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)為目的締結的跨政府協議(IGA) 和金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)之相關規定。且上述各問項內容均由本人親自填寫，並已充份瞭解確認各問項內容後親自簽名無誤。

立同意書人(受益人)親簽：_____

法定代理人/監護人/輔助人親簽：_____

填寫日期：民國_____年_____月_____日



法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司
履行個人資料保護法告知義務通知書

法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱「本分公司」)依據個人資料保護法(以下稱「個資法」)第六條第二項、第八條第一項、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:

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」,包括人身保險(00一)、金融服務業依法令規定及金融監理需要,所為之蒐集處理及利用(0五九)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(0六三)、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)、遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)及金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)。

二、蒐集之個人資料類別:(本分公司蒐集個人資料類別如下,細節請詳如相關業務申請書或契約書內容)

- (一) 識別類(如姓名、電話、金融機構帳戶或信用卡號碼、身份證統一編號或統一證號或護照號碼、稅籍編號等)
- (二) 特徵類(如年齡、性別、出生年月日、國籍/稅務居民身分等)
- (三) 家庭情形(如要保人與被保險人之關係、受益人與被保險人之關係、保險費自動轉帳暨信用卡代繳授權人與要保人/被保險人之關係等)
- (四) 社會情況(如住所地址、財產資料、工作許可文件、居留證明文件、個人嗜好等)
- (五) 受僱情形(如僱主名稱、工作職稱、薪資與繳稅情形等)
- (六) 教育、考選、技術或其他專業(如學歷資格、職業專長等)
- (七) 財務細節(如總收入、總所得、淨資產、貸款、財務交易紀錄、保險細節、股東個人與法人客戶間的投資關係等)
- (八) 商業資訊(如經營商業之種類等)
- (九) 健康與其他(如病歷、醫療、健康檢查、健康紀錄、診斷紀錄等)
- (十) 其他各類資訊(如無法歸類之信件、檔案及其他合於營業項目之特定目的所須蒐集個人各項資料、其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容等)

三、個人資料之來源(經本分公司間接取得之個人資料者適用):

- (一) 要保人/受益人 (二) 當事人之法定代理人、輔助人 (三) 各醫療院所
- (四) 於本分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: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(分)公司及本公司海外分支機構、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險安定基金、財團法人保險犯罪防制中心、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、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者、依國內外法令規定處理利用之機構、依國內外法令之有權機關、金融監理機關或稅務機關(含美國聯邦政府財政部及美國國稅局)、國內主管機關及主管機關將資料轉交至台端所屬稅務居民國之稅務機關、其他 台端所同意之對象。
- (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,台端就本分公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:

- (一) 得向本分公司行使之權利:
 - 1. 向本分公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 - 2. 向本分公司請求補充或更正。
 - 3. 向本分公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二) 行使權利之方式:書面、電子郵件、傳真、電子文件。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響(經本分公司直接取得之個人資料者適用):

台端若未能提供相關個人資料時,本分公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此可能婉謝辦理、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

七、本分公司有權修訂本告知義務通知書,並於修訂後以言詞、書面、電話、簡訊、電子郵件、傳真、電子文件、網站公告或其他足以使台端知悉或可得知悉之方式告知台端修訂要點。

註:本分公司已履行上開告知義務,並將告知書內容與相關業務申請書或保險契約相關申請文件合併列印提供予 台端。

*** 保險契約用詞異動說明對照:**

為符合身心障礙者權利公約精神,配合 107 年 6 月 13 日總統令公布「保險法」部分條文修正案,自法規實施日起適用依附表調整相關用詞,相關保戶權益不受影響。請您參閱以下附表進行對照檢視。如對於以上內容有任何疑義,請您洽詢本公司保戶服務專線 0800-012-899,我們將竭誠為您服務。

原用詞	新用詞	原用詞	新用詞	原用詞	新用詞
殘廢	失能	殘障	機能障礙	傷殘	傷害失能
死殘	死亡及失能	殘缺	缺損	失能	喪失工作能力
全殘	完全失能	殘扶	失能扶助	精神障礙或其他心智缺陷,致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者	受監護宣告尚未撤銷者
腦中風後殘障	腦中風後障礙	殘疾	疾病失能		



保險金申請書(完全失能範例)

被保人姓名	王法國		保單號碼	ULDXX34567												
身分證字號	A123456789															
連絡電話	09XX345678	e-mail :	事故當時職業\工作內容：													
申請項目	<input type="checkbox"/> 門診，附上收據、費用明細，共__張 收據處理方式請擇一勾選： <input type="checkbox"/> 附門診單據影印本，正本自行保存 <input type="checkbox"/> 附收據正本 <input type="checkbox"/> 附收據正本請核對後返還		<input type="checkbox"/> 身故 <input checked="" type="checkbox"/> 完全失能 <input type="checkbox"/> 2--11級失能 <input type="checkbox"/> 住院、手術 <input type="checkbox"/> 傷害醫療 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 暫時喪失工作能力 <input type="checkbox"/> 防癌、重大疾病/特定傷病、 重大燒燙傷、重大安養 <input type="checkbox"/> 其他__*註：保險契約用詞異動說明如次頁													
申請事由 (門診免填)	<input checked="" type="checkbox"/> 意外(申請意外請續填事故地點、經過) <input type="checkbox"/> 疾病 1. 事故時間：XX年XX月XX日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午XX時XX分 自駕小客車於當日早上一號國道北上XX公里處發生自撞車禍翻落坡邊，送XX醫院急救 2. 本次事由是否向其他公司申請理賠： <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是，本人同意 貴公司可向下列公司查詢：XX人壽；XX產險															
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同保單通訊地址 (*尚未勾選或填寫，理賠各式書函/通知/支票，將郵寄至保單通訊地址) 郵寄□□□□□ 地址：XX 縣(市) XX 市(鎮鄉區) XX 路(街)XX 段 XX 巷 XX 弄 XX 號 XX 樓之 XX															
付款方式 (擇一)	<input type="checkbox"/> 同最近一次理賠帳戶 <input checked="" type="checkbox"/> 匯款至下列銀行帳戶 <input type="checkbox"/> 支票給付 1. 選擇匯款倘若填寫資料有誤或不全造成退匯，同意直接改以「禁止背書轉讓」支票給付。 2. 受益人不只一人，若以下不敷填寫，可改提供每位受益人之帳號封面影本。															
	戶名	銀行/郵局	分行	帳 號												
	王法國	XX	XX	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
聲明事項	1. 依照條款申請理賠時須 2. 身故保險金受益人(申請人) 受益人僅為中華民國稅務居住者，請勾選此處 生任何保單爭議事項，概由申請人自行負責，與 貴公司無涉。 貴公司得將前開資料與相關單位之死亡通報系統進行比對。															
<p>(二擇一)【遵循美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」及金融機構執行共同申報盡職審查作業(CRS)聲明】</p> 受益人本人聲明已詳閱法商法國巴黎人壽保戶 FATCA 及 CRS 身份確認同意暨聲明書如本申請書第二頁(合併列印) <input checked="" type="checkbox"/> 本人僅為中華民國稅務居住者，其基本資料：姓名/身分證字號/出生地/居住地址/出生日期，同本次所附證件。 <input type="checkbox"/> 本人為具有 FATCA 所稱之美國納稅義務人身份或出生地為美國之個人，或不是或不僅是中華民國稅務居住者，或為法人，願意提供 FATCA 及 CRS 身份確認同意暨聲明書與申報表格。(請續填第二頁及相關表格)(請詳背面說明) <p style="text-align: center;">病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書</p> 立同意書人同意貴公司基於人身保險業務需要，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法之規定，蒐集、處理及利用 本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。(包含轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務) (請務必簽名以確認同意並申請本次保險金) (申請人)受益人：王法國 (簽名) 法定代理人/監護人簽名： (簽名) 身分證字號： <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> 受益人為具有 FATCA 所稱之美國納稅義務人身份或出生地為美國之個人，或不是或不僅是中華民國稅務居住者，或為法人，請勾選此處 </div> <p style="text-align: center;">中華民國 108 年 01 月 01 日</p>																
通路章 (由保經/保代蓋印)	通路受理編號：	通路或分行名稱：		保險公司收文章 (由巴黎人壽蓋印)												
	理財專員姓名：	電話：() 手機：														
	e-mail：															



法商法國巴黎人壽保戶FATCA及CRS身份確認同意暨聲明書(個人)

為遵循以「美國外國帳戶稅收遵從法」(FATCA)和金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)，金融機構須蒐集和審查稅務用途金融帳戶資訊以確定帳戶持有人的稅務居民身分或多個稅務居民身分，爰請 台端填寫下列詢問事項，並提供相關文件證據。**如具有美國人身份指標者，未依規定配合或提供相關文件時，將會被美國政府列為不合作帳戶，本公司會依相關規定處理。**

第一部分：稅務居民身分

<p>1. 您是否具有台灣稅務居民身分？</p>	<p><input type="checkbox"/>是 (請續填第 2 題) <input type="checkbox"/>否 (請續填第 2 題)</p>
<p>2. 您是否具有美國納稅義務人身分(如：具美國國籍、持有綠卡、美國長期居民) <small>註:美國長期居民係指非美國公民，但停留美國境內天數符合下列條件：當年度在美國境內停留天數 ≥ 31 天，且(當年在美國境內停留天數 * 1 + 去年在美國境內停留天數 * 1/3 + 前年在美國境內停留天數 * 1/6) ≥ 183 天。</small></p>	<p><input type="checkbox"/>是 (勾選是者，須檢附 W-9 表格，並請續填第 4 題) <small>※美國納稅義務人稅籍資料已於 W9 文件上載明，故本聲明書第三部份無須再重複填寫。</small> <input type="checkbox"/>否 (請續填第 3 題)</p>
<p>3. 您具有下列任一項指標？</p> <p>(1) 出生地為美國 (2) 具美國公民身分或持有美國永久居留權(綠卡) (3) 具美國住址或聯絡地址(含郵政信箱) (4) 具美國電話號碼 (5) 曾全權委由留美國住址的人士處理帳務 (6) 持續指示將資金轉入位於美國的帳戶 (7) 所屬金融機構已確認客戶帳戶之轉信地址或代存郵件地址為客戶唯一地址。</p>	<p><input type="checkbox"/>是 (勾選是者，請提供下列身分證明文件，並請續填第 4 題) (3) W-8BEN 表格 (4) 非美國政府機關核發之身分證件影本 <small>※如客戶未提供身分證件影本，其客戶所填寫『W-8BEN』有效期限視為三年，當前述文件有效期限屆滿前本公司得向客戶要求重新填寫 W-8BEN。如客戶已提供身分證件影本，則『W-8BEN』有效期限則為永久。</small> (3) 喪失美國國籍證明 <input type="checkbox"/>否 (請續填第 4 題)</p>
<p>4. 您是否具有除上述國家以外之其他國家或地區之稅務居民身分？</p>	<p><input type="checkbox"/>是，請以英文填寫第二部分及第三部分，且第三部分【稅籍資料】須註明本人除美國以外所有稅籍(包含臺灣)，如無法提供稅籍編號者，請選填原因 A、B 或 C。 <input type="checkbox"/>否</p>

第二部分：帳戶持有人基本資料

姓 名：_____ (若填寫英文姓名請以護照/居留證姓名為準)

身分證字號/統一證號：_____

出生地：國家_____ 城市_____

現居地址：

同本次申請文件之通訊地址 (此選項限僅具台灣稅籍之帳戶持有人)

非上述情況，請填寫以下欄位：

國家：_____ 地址：_____

出生日期：同本次申請文件之出生日期



第三部分：稅籍資料

稅務居民國(地區)	稅籍編號	無法提供稅籍編號原因者(請填原因 A、B 或 C，若填 B 者，請以中文說明無法取得稅籍編號的原因)

註：無法提供稅籍編號原因，請選填原因 A、B 或 C：

原因 A - 帳戶持有人所屬的稅務居民國（地區）並無發給稅籍編號予其稅務居民。

原因 B - 帳戶持有人無法取得稅籍編號或類似編號。（若選填 B 者，須說明無法取得稅籍編號的原因）

原因 C - 無需提供稅籍編號。（僅針對所填寫的稅務居民國（地區）規定無需揭露稅籍編號時，才能選填此項）

聲明及簽署

1. 本人已審閱上述表格所載全部內容且聲明以上勾選內容為真實且已於合理期間詳閱美國外國帳戶稅收遵從法條款及個人資料運用告知事項，本人並同意法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司得依該等條款相關約定(包括但不限於，向美國國稅局等依法有權機關與監理機關申報本人之美國稅務居民海外帳戶資料，及代理本人向美國稅法扣繳義務人出示本人 FATCA 身分別相關文件)辦理。
2. 本人知悉及同意，法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司可根據稅捐稽徵法第五條之一及CRS有關金融帳戶資訊自動交換的法律條文，(a)收集本文件所載資料並可備存作稅務用途金融帳戶資訊自動交換用途及(b)把該等資料和關於帳戶持有人及任何應申報帳戶的資料向稅捐稽徵機關或其授權之機關申報，從而把資料轉交到帳戶持有人的稅務居民身分所在地的稅務當局。
3. 本人如未能履行前述據實告知義務或未能配合提供「表示本人身分的相關文件」，法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司即須依FATCA規定須將本人帳戶列為FATCA「不合作帳戶」(Recalcitrant Account)而須自存入本人名下屬FATCA法案所規範金融商品特定帳戶之款項中扣繳百分之三十(30%)之美國稅款。此外，本人了解及依據稅捐稽徵法第46條之1，有關機關、機構、團體、事業或個人違反稅捐稽徵法第5條之1第3項規定，規避、妨礙或拒絕財政部或其授權之機關調查或備詢，或未應要求或未配合提供有關資訊者，由財政部或其授權之機關處新臺幣三千元以上三十萬元以下罰鍰，並通知限期配合辦理；屆期未配合辦理者，得按次處罰。法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司得對本人提前終止所有屬法案規範金融商品之契約、帳戶、往來業務關係及提供之相關服務。
4. 本人證明，就與本文件所有相關的帳戶，本人是帳戶持有人（或本人業經帳戶持有人授權簽署本文件）。
5. 本人承諾，如情況有所改變，以致影響本文件所述的個人的稅務居民身分，或引致本文件所載的資料不正確或不完整，本人有義務並且會通知法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司，在情況發生改變後30日內，向法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司提交一份已適當更新的自我證明文件及相關資料。
6. 本人已詳細閱讀本確認書內所載之訊息，並同意配合 貴公司遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)為目的締結的跨政府協議(IGA) 和金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)之相關規定。且上述各問項內容均由本人親自填寫，並已充份瞭解確認各問項內容後親自簽名無誤。

立同意書人(受益人)親簽：_____

法定代理人／監護人／輔助人親簽：_____

填寫日期：民國_____年_____月_____日



法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司
履行個人資料保護法告知義務通知書

法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱「本分公司」)依據個人資料保護法(以下稱「個資法」)第六條第二項、第八條第一項、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：

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」，包括人身保險(00一)、金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(0五九)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(0六三)、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)、遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)及金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)。

二、蒐集之個人資料類別：(本分公司蒐集個人資料類別如下，細節請詳如相關業務申請書或契約書內容)

- (一) 識別類(如姓名、電話、金融機構帳戶或信用卡號碼、身份證統一編號或統一證號或護照號碼、稅籍編號等)
- (二) 特徵類(如年齡、性別、出生年月日、國籍/稅務居民身分等)
- (三) 家庭情形(如要保人與被保險人之關係、受益人與被保險人之關係、保險費自動轉帳暨信用卡代繳授權人與要保人/被保險人之關係等)
- (四) 社會情況(如住所地址、財產資料、工作許可文件、居留證明文件、個人嗜好等)
- (五) 受僱情形(如僱主名稱、工作職稱、薪資與繳稅情形等)
- (六) 教育、考選、技術或其他專業(如學歷資格、職業專長等)
- (七) 財務細節(如總收入、總所得、淨資產、貸款、財務交易紀錄、保險細節、股東個人與法人客戶間的投資關係等)
- (八) 商業資訊(如經營商業之種類等)
- (九) 健康與其他(如病歷、醫療、健康檢查、健康紀錄、診斷紀錄等)
- (十) 其他各類資訊(如無法歸類之信件、檔案及其他合於營業項目之特定目的所須蒐集個人各項資料、其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容等)

三、個人資料之來源(經本分公司間接取得之個人資料者適用)：

- (一) 要保人/受益人 (二) 當事人之法定代理人、輔助人 (三) 各醫療院所
- (四) 於本分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：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(分)公司及本公司海外分支機構、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險安定基金、財團法人保險犯罪防制中心、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、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者、依國內外法令規定處理利用之機構、依國內外法令之有權機關、金融監理機關或稅務機關(含美國聯邦政府財政部及美國國稅局)、國內主管機關及主管機關將資料轉交至台端所屬稅務居民國之稅務機關、其他 台端所同意之對象。
- (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，台端就本分公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：

- (一) 得向本分公司行使之權利：
 - 1. 向本分公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 - 2. 向本分公司請求補充或更正。
 - 3. 向本分公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二) 行使權利之方式：書面、電子郵件、傳真、電子文件。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響(經本分公司直接取得之個人資料者適用)：

台端若未能提供相關個人資料時，本分公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝辦理、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

七、本分公司有權修訂本告知義務通知書，並於修訂後以言詞、書面、電話、簡訊、電子郵件、傳真、電子文件、網站公告或其他足以使台端知悉或可得知悉之方式告知台端修訂要點。

註：本分公司已履行上開告知義務，並將告知書內容與相關業務申請書或保險契約相關申請文件合併列印提供予 台端。

*** 保險契約用詞異動說明對照：**

為符合身心障礙者權利公約精神，配合 107 年 6 月 13 日總統令公布「保險法」部分條文修正案，自法規實施日起適用依附表調整相關用詞，相關保戶權益不受影響。請您參閱以下附表進行對照檢視。如對於以上內容有任何疑義，請您洽詢本公司保戶服務專線 0800-012-899，我們將竭誠為您服務。

原用詞	新用詞	原用詞	新用詞	原用詞	新用詞
殘廢	失能	殘障	機能障礙	傷殘	傷害失能
死殘	死亡及失能	殘缺	缺損	失能	喪失工作能力
全殘	完全失能	殘扶	失能扶助	精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者	受監護宣告尚未撤銷者
腦中風後殘障	腦中風後障礙	殘疾	疾病失能		