

<ประกาศเกี่ยวกับการรวบรวม การประมวลผล และการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลโดย Chubb Life>

บริษัท อินดา อินเทอร์เน็ตเซ็นแนล ประกันชีวิต จำกัด (ต่อไปนี้จะเรียกว่าบริษัท) ตามมาตรา 6 วรรค 2 และมาตรา 8 วรรค 1 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อไปนี้จะเรียกว่ากฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล) (ในกรณี การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลทางอ้อม มาตรา 9 วรรค 1 ของมาตรา 1) กำหนดว่าหน่วยงานของได้หรือจะได้รับการแจ้งในเรื่องต่อไปนี้โปรดอ่านอย่างละเอียด:

- วัตถุประสงค์ในการเรียกเก็บ: (1) การประกันภัยส่วนบุคคล (001); (2) ธุรกิจอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับรายการจดทะเบียนธุรกิจหรือข้อบังคับ (181) (3) การจัดการและบริการผู้บริโภคและลูกค้า (090)
- หมวดหมู่ของข้อมูลส่วนบุคคลที่รวบรวม: (1) หมวดหมู่การระบุตัวตน (เช่น ชื่อ เพศ วันเกิด สัญชาติ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน อีเมล ข้อความเสียง ไฟล์รูปภาพ); (2) มีลักษณะพิเศษเฉพาะ (เช่น รายละเอียดเกี่ยวกับครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะทางการเงิน ข้อมูลสุขภาพ) (3) ประวัติการรักษา บันทึกรายการแพทย์ และการตรวจสุขภาพ (4) การกรอกสัญญาประกันภัย การเปลี่ยนแปลงสัญญาประกันภัย และรายละเอียดต่างๆ ของบริษัท ความต้องการทางธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย กรุณากรอกรายละเอียดเรื่องที่เป็นอื่น ๆ
- แหล่งที่มาของข้อมูลส่วนบุคคล (ใช้บังคับได้เมื่อมีการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลทางอ้อมโดยไม่ได้ให้ไว้โดยคู่สัญญา): (1) ผู้เสนอและผู้เอาประกันภัย (2) ตัวแทนทางกฎหมายและผู้ช่วยของคู่สัญญา (3) สถาบันการแพทย์ (4) การทำการตลาดร่วมกัน การใช้ข้อมูลลูกค้าเชิงโต้ตอบ การส่งเสริมการขายและความสัมพันธ์อื่น ๆ กับบุคคลที่สาม หรือบุคคลที่สามที่ได้รับมอบหมายให้จัดการกับธุรกิจต่าง ๆ ของบริษัท
- ระยะเวลา วัตถุประสงค์ และวิธีการใช้ข้อมูลส่วนบุคคล: (1) ระยะเวลา: ระยะเวลาที่บริษัทดำรงอยู่และควรเก็บรักษาไว้ตามข้อกำหนดทางกฎหมาย (2) วัตถุประสงค์: บริษัทและสมาคมประกันชีวิตแห่งสาธารณรัฐจีน, สมาคมผู้ค้าประกันภัยผลิตภัณฑ์แห่งสาธารณรัฐจีน, ศูนย์พัฒนาอุตสาหกรรมประกันภัย, กองทุนเสถียรภาพประกันภัย, ศูนย์ประเมินการใช้ทางการเงิน, สถาบันการเงินร่วม ศูนย์อ้างอิงเครดิต, United Credit Card Center, หน่วยงานแลกเปลี่ยนเอกสารการเงินหรือหักบัญชีได้ทุกวัน, บริษัทข้อมูลทางการเงิน, ตัวแทนจัดจ้างธุรกิจภายนอก, บริษัทที่ดำเนินธุรกิจประกันภัยต่อกับบริษัทของเรา, ตัวแทนประกันภัย/นายหน้าประกันภัยที่ร่วมมือกับบริษัทของเรา และร่วมมือกับบริษัทของเราในการดำเนินการกับธนาคารที่เกี่ยวข้อง ในธุรกิจแบงก์แอสซิวรันส์และหน่วยงานที่มีอำนาจสืบสวนหรือกำกับดูแลทางการเงินตามกฎหมาย (3) ภูมิภาค: ภูมิภาคที่วัตถุประสงค์กล่าวถึงอยู่ (4) วิธีการ: วิธีการใช้ประโยชน์ที่สอดคล้องกับข้อกำหนดทางกฎหมาย
- ตามบทบัญญัติของมาตรา 3 ของกฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล สิทธิและวิธีการที่ใดหรือสามารถทำได้เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลที่บริษัทถือครองอยู่: (1) สิทธิที่สามารถใช้สิทธิต่อบริษัทได้: 1. การสอบถามบริษัทขอข้อมูลเอกสาร 2. ขอเพิ่มเติมหรือแก้ไขจากบริษัท 3. ขอให้บริษัทหยุดการรวบรวม ประมวลผล หรือใช้ และขอให้ลบออก (2) วิธีการใช้สิทธิ: เป็นลายลักษณ์อักษรหรือวิธีการอื่นที่สามารถพิสูจน์ได้ในอนาคต (เช่น การเขียน อีเมล โทรสาร หรือเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น)
- ผลกระทบต่อสิทธิและผลประโยชน์ที่เกิดจากความล้มเหลวของได้หรือในวันในการให้ข้อมูลส่วนบุคคล: หากได้หรือไม่ให้ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง บริษัทอาจล่าช้าหรือไม่สามารถดำเนินการตรวจสอบและประมวลผลที่จำเป็นได้ ดังนั้น จึงอาจปฏิเสธที่จะให้ข้อมูล การประกันภัย ความล่าช้าหรือไม่สามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับบริการหรือการชำระหนี้ของได้หรือในวันได้ บริษัทอาจแก้ไขประกาศนี้ได้ตลอดเวลาตามกฎหมายหรือเพื่อเสริมสร้างการจัดการและการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล หากมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในประกาศนี้ บริษัทจะประกาศให้ทราบบนเว็บไซต์อย่างเป็นทางการ หากคุณต้องการสอบถาม เพิ่มเติม แก้ไข หรือลบข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ นอกเหนือจากการติดต่อเจ้าหน้าที่บริการของคุณ ไปที่ศูนย์บริการลูกค้าของเรา หรือผ่านสายด่วนบริการลูกค้าโทรฟรี (0800-011-709) คุณยังสามารถใช้ จัดการบริการที่เกี่ยวข้องกับเว็บไซต์ของบริษัท

<การยินยอมให้รวบรวม ประมวลผล หรือใช้ข้อมูลส่วนบุคคลโดยละเอียด การรักษาพยาบาล และการตรวจสุขภาพของขับปัสสาวะ>

ข้าพเจ้า (ผู้เอาประกันภัย) ตกลงว่า บริษัท อินดา อินเทอร์เน็ตเซ็นแนล ประกันชีวิต จำกัด เพื่อวัตถุประสงค์ของธุรกิจประกันภัยส่วนบุคคลอาจอยู่ในขอบเขต (รวมถึงการโอน เพื่อจัดการการจำหน่ายประกันภัยต่อหรือธุรกิจการชำระหนี้ค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทประกันภัยต่อที่เราทำธุรกิจด้วย) สามารถเก็บรวบรวม ประมวลผล และใช้ข้อมูลส่วนบุคคลทางการแพทย์ ข้อมูลเวชระเบียน และการตรวจสุขภาพของฉันทได้

★ลายเซ็นและตราประทับของผู้เอาประกันภัย/ผู้รับผลประโยชน์: _____


★ลายเซ็นและตราประทับของตัวแทนทางกฎหมาย/ผู้ปกครอง/ผู้ช่วย: _____

(ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์ที่มีอายุเกิน 7 ปี หรือยังไม่ถูกเพิกถอนคำประกาศสถานะและต้องลงนามด้วยตนเอง และตัวแทนทางกฎหมาย/ผู้ช่วยต้องลงนามด้วย โดยผู้รับผลประโยชน์หรือผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ต่ำกว่า 7 ปี หรือผู้ที่มิ คำประกาศการเป็นผู้ปกครอง หากยังไม่ถูกเพิกถอน โปรดขอให้ตัวแทนทางกฎหมาย/ผู้ปกครองลงนามในนามของคุณ (เอกสารข้างต้นจะต้องแนบหลักฐานความสัมพันธ์มาด้วย)

ที่อยู่ทางไปรษณีย์: _____ สัญชาติ: ประเทศบ้านเกิด อื่นๆ: _____

อีเมล: _____ เบอร์ติดต่อ: ()- _____ มือถือ: _____

สาธารณรัฐจีน _____ ปี _____ เดือน _____ วัน

	พนักงานขาย/เบอร์ติดต่อ (โทรศัพท์มือถือ)	ผู้จัดการฝ่ายธุรกิจ/เบอร์ติดต่อ (โทรศัพท์มือถือ)	หน่วยงานที่ส่ง/วันที่รับ	วันที่บริษัท Chubb Life รับเรื่อง
				

110 ชั้น 7 เลขที่ 525 ตอนที่ 4 ถนนงูเซียวตะวันออก เขตซินอี้ เมืองไทเป สายด่วนบริการลูกค้า: 0800-011-709

เว็บไซต์ของบริษัท: www.chubblife.com.tw C04_แบบฟอร์มสมัครขอรับสิทธิ 202410

※เอกสารที่ต้องใช้ในการยื่นคำร้องเพื่อการเรียกร้อง

(คุณสามารถดูรายละเอียดได้ที่ <https://life.chubb.com/tw-zh/customer-service/forms.aspx> กรุณาดาวน์โหลดเอกสารและกรอกข้อมูล)

<p>ผลประโยชน์การเสียชีวิต (กรมธรรม์ประเภทการลงทุนต้องแนบมาด้วยข้อ 8)</p>	<ol style="list-style-type: none"> แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัย ใบมรณะบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน หลักฐานแสดงตัวตนของผู้รับผลประโยชน์ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้รับผลประโยชน์ หากเป็นการเรียกร้องเนื่องจากอุบัติเหตุกรุณาแนบหลักฐานการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติการปฏิบัติตามภาษีบัญชีต่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (FATCA) และคำชี้แจงข้อมูลประจำตัวของการรายงานและการตรวจสอบสถานะทั่วไปของสถาบันการเงิน (CRS) และแนบเอกสารจำเป็นที่เกี่ยวข้อง
<p>ผลประโยชน์การประกันสุขภาพ/การสละสิทธิ์เบี้ยประกันภัย ประกันช่วยเหลือผู้ทุพพลภาพ (สมัครครั้งแรก) (หากปิดใช้งานนโยบายการลงทุนโดยสิ้นเชิงต้องแนบข้อ 7)</p>	<ol style="list-style-type: none"> แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัย ใบรับรองการวินิจฉัยทางการแพทย์ เอกสารยืนยันตัวตนของผู้รับผลประโยชน์ หากเป็นการเรียกร้องเนื่องจากอุบัติเหตุกรุณาแนบหลักฐานการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้รับผลประโยชน์ ปฏิบัติตามภาษีบัญชีต่างประเทศของสหรัฐอเมริกา การปฏิบัติตามข้อกำหนด (FATCA) และการดำเนินการตามการรายงานทั่วไปและการตรวจสอบสถานะ (CRS) ของสถาบันการเงินและเอกสารที่เกี่ยวข้องที่แนบมาด้วย
<p>คำรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล/คำรักษาพยาบาลศัลยกรรม</p>	<ol style="list-style-type: none"> แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน ใบรับรองแพทย์ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้รับผลประโยชน์ ใบเสร็จคำรักษาพยาบาล (กรุณาแนบถ้ามีกรมธรรม์ที่คุ้มครองคำรักษาพยาบาล) ※ หากมีการขอรับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพเนื่องจากการผ่าตัด ต้องระบุชื่อหัตถการการผ่าตัดเพิ่มเติมในใบรับรองแพทย์ นอกจากนี้ โปรดแนบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียดหรือสำเนาใบเสร็จรับเงินคำรักษาพยาบาลเพื่อใช้อ้างอิง
<p>การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางการแพทย์/ประกันไฟไหม้และน้ำ ร่อนหลาก</p>	<ol style="list-style-type: none"> แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน ใบรับรองแพทย์ เอกซเรย์/ซีดี (หากมีกระดูกแตกหักต้องแนบมาด้วยเพื่อยืนยันขอบเขตและตำแหน่งของกระดูกที่หัก) ใบเสร็จรับเงินคำรักษาพยาบาล (กรุณาแนบถ้ามีกรมธรรม์ที่คุ้มครองคำรักษาพยาบาล) เอกสารยืนยันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร
<p>ประกันสุขภาพทางทันตกรรม</p>	<ol style="list-style-type: none"> แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน ใบรับรองแพทย์ คำแนะนำการรักษาทางทันตกรรม สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้รับผลประโยชน์
<p>ประกันมะเร็ง (มะเร็งในแหล่งกำเนิดและการลุกลามต่างๆ)/ ผลประโยชน์การประกันการช่วยชีวิตมะเร็งเชิงรุก</p>	<ol style="list-style-type: none"> แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัย ใบรับรองแพทย์ รายงานผลการตรวจหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อที่เกี่ยวข้อง (สำหรับผู้ที่ยื่นเอกสารครั้งแรกหรือผู้ที่ได้รับการผ่าตัดแล้ว) หลักฐานแสดงตัวตนของผู้รับผลประโยชน์ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้รับผลประโยชน์ <p>※เมื่อยื่นคำขอกรณีเสียชีวิต/ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร จะต้องแนบเอกสารแนบเพิ่มเติม:</p> <ol style="list-style-type: none"> หลักฐานแสดงตัวตนของผู้คำประกัน สำเนาผู้รับฝากของผู้คำประกัน
<p>ประกันโรคร้ายแรง/การบาดเจ็บเฉพาะทาง</p>	<ol style="list-style-type: none"> แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัย ใบรับรองแพทย์ หลักฐานแสดงตัวตนของผู้รับผลประโยชน์ รายงานผลการตรวจที่เกี่ยวข้อง รายงานการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา หรือเอกสารรับรองการผ่าตัด สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้รับผลประโยชน์
<p>ประกันการบาดเจ็บสาหัส</p>	<ol style="list-style-type: none"> แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัย ใบรับรองแพทย์ หนังสือแจ้งแสดงการบาดเจ็บและเจ็บป่วยร้ายแรงของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หนังสือรับรองประจำตัวผู้รับผลประโยชน์ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้รับผลประโยชน์ <p>※เมื่อยื่นคำขอเสียชีวิต/ทุพพลภาพสิ้นเชิง จะต้องแนบเอกสารแนบเพิ่มเติม:</p> <ol style="list-style-type: none"> หลักฐานแสดงตัวตนของผู้คำประกัน สำเนาผู้รับฝากของผู้คำประกัน

การคืนทุนสำรองกรมธรรม์รายปี / มูลค่าบัญชีนโยบาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบฟอร์มเรียกคืนเงินใหม่ทดแทน 2. กรมธรรม์ประกันภัย 3. มรณะบัตร 4. สำเนาทะเบียนบ้าน 5. หลักฐานแสดงตนของผู้ร้องหรือบุคคลอื่นที่มีสิทธิ์ 6. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้สมัคร 7. ปฏิบัติตามกฎหมายการปฏิบัติตามข้อกำหนดภาษีบัญชีต่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (FATCA) และคำชี้แจงข้อมูลระบุตัวตนของการรายงานทั่วไปและแนวปฏิบัติการตรวจสอบสถานะ (CRS) ของสถาบันการเงิน และแนบเอกสารที่จำเป็นที่เกี่ยวข้อง
ชำระเงินล่วงหน้าเมื่อสิ้นสุดชีวิต	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบฟอร์มเรียกคืนเงินใหม่ทดแทน 2. กรมธรรม์ประกันภัย 3. ใบรับรองการวินิจฉัยและใบรับรองแพทย์ที่ออกโดยโรงพยาบาล 4. หลักฐานแสดงตัวตนของผู้รับผลประโยชน์ 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้รับผลประโยชน์

สิ่งที่ควรทราบ:

1. หากเกิดอุบัติเหตุประกันภัยในต่างประเทศ ผู้ถือกรมธรรม์จะต้องแนบเอกสารที่จำเป็นซึ่งได้รับการยืนยันจากสำนักงานสถานทูตในต่างประเทศ และแนบสำเนาหนังสือเดินทางและบันทึกการเข้า-ออกด้วย
2. หากต้องการเรียกคืนเงินชดเชยอุบัติเหตุในประเทศที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษ โปรดแนบเอกสารใบรับรองการวินิจฉัยและใบเสร็จรับเงินที่ออกเป็นฉบับภาษาอังกฤษ

※ เนื้อหาโดยละเอียดของเอกสารข้างต้นแต่ละรายการจะขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของกรมธรรม์ สำหรับกรณีพิเศษในบางกรณี หรือข้อมูลที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้น การร้องขอข้อมูลขึ้นอยู่กับความจำเป็นในแต่ละกรณี ตามดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณา

※ หากในบางกรณีจำเป็นต้องเข้าถึงข้อมูลอื่นเพื่อใช้อ้างอิงในการตรวจสอบการเรียกร้อง เจ้าหน้าที่จัดการการเรียกร้องจะแจ้งให้ทราบเป็นกรณีกรณีไป โปรดดำเนินการในการเรียกร้องให้เสร็จสิ้นโดยเร็วที่สุดเพื่อปกป้องสิทธิ์และผลประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย (ตัวอย่าง: เนื่องจากจำเป็นต้องสอบถามข้อมูลหน่วยที่เกี่ยวข้อง ผู้ถือกรมธรรม์จะถูกขอให้กรอก "แบบฟอร์มสมัครข้อมูลบริษัทประกันสุขภาพแห่งชาติ" "ยินยอมให้สอบถามและอนุญาตเปิดเผย" หรือสถาบันการแพทย์บางแห่งมีแบบฟอร์มพิเศษเพื่อเข้าถึงเวชระเบียนหรือประวัติการรักษา)

※ เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 (ครอบคลุมถึง) เมื่อผู้ถือกรมธรรม์ยื่นคำร้องขอเคลม หากผลิตภัณฑ์ประกันภัยคืนมูลค่าบัญชีกรมธรรม์/ทุนสำรองมูลค่ากรมธรรม์/ค่าธรรมเนียมการเลิกสัญญา/การจ่ายเงินงวดในระหว่างระยะเวลาประกันเงินรายปี ยกเว้น นอกเหนือจาก หากจัดเตรียมเอกสารที่จำเป็นข้างต้น คุณจะต้องกรอกแบบฟอร์มแสดงตัวตนที่สอดคล้องกับกฎหมายการปฏิบัติตามภาษีบัญชีต่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (FATCA) และแนวปฏิบัติทั่วไปในการรายงานและการตรวจสอบสถานะ (CRS) ของสถาบันการเงิน มาตราฐานการรายงานทั่วไป (CRS ระหว่างประเทศ) แบบฟอร์มรับรองตนเองและจัดเตรียมเอกสารรับรองตนเองที่เกี่ยวข้อง หากผู้สนับสนุน หายขาดตามกฎหมาย หรือผู้รับผลประโยชน์เป็นบุคคล โปรดกรอกแบบฟอร์มยืนยันตัวตน (แบบฟอร์มส่วนบุคคล) เพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายการปฏิบัติตามภาษีบัญชีต่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (FATCA) และแนวทางปฏิบัติในการรายงานและการตรวจสอบสถานะร่วมของสถาบันการเงิน (CRS) ผู้สนับสนุน หากหายขาดตามกฎหมายหรือผู้รับผลประโยชน์รายปีเป็นบริษัท/นิติบุคคล โปรดกรอกแบบฟอร์มแสดงตัวตน (แบบฟอร์มนิติบุคคล) ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการปฏิบัติตามภาษีบัญชีต่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (FATCA) และการดำเนินการของสถาบันการเงิน ของการรายงานร่วมและแนวปฏิบัติการตรวจสอบวิเคราะห์สถานะ (CRS)

[คำเตือน] มูลค่าของบัญชีกรมธรรม์การลงทุนจะคำนวณตามมูลค่าของบัญชีกรมธรรม์ในวันที่ประเมินทรัพย์สินครั้งถัดไป หลังจากที่ได้รับผลประโยชน์ได้รวบรวมเอกสารที่จำเป็นทั้งหมดเพื่อขอรับผลประโยชน์การประกันการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพสิ้นเชิงและส่งให้กับบริษัทเป็นที่เรียบร้อยแล้ว