



**※契約終止客戶權益之重要事項告知**

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時，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、保險契約終止後，其所附加之各項有效附約將一併終止。
- 3、保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。
- 4、若因故不便繳納保險費，可依個人規劃考慮辦理展期、繳清、自動墊繳保險費或保單借款。
- 5、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)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。
  - (4)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。
  - (5)投資型保險商品並非保證獲利，保戶須自行承擔投資組合的損失風險。
- 6、投資型保險商品申請終止契約贖回帳戶價值時，其實際給付金額依契約條款之約定計算，有可能因投資標的淨值變動（外幣計價之投資標的，另有匯率變動的影響）而與您於申請終止契約當日或之前所查詢的金額有所差異，請特別注意。

**※以下皆為必填欄位**

保單號碼	要保人	被保險人
終止原因	<input type="checkbox"/> 經濟因素 <input type="checkbox"/> 投資理財 <input type="checkbox"/> 獲利了結 <input type="checkbox"/> 生活所需 <input type="checkbox"/> 購買需求(購屋、購車) <input type="checkbox"/> 家人反對 <input type="checkbox"/> 費用支出(繳稅、學費) <input type="checkbox"/> 已有類似商品 <input type="checkbox"/> 投保新契約 <input type="checkbox"/> 其他	
聯絡電話	行動(聯絡)電話：_____ 方便電訪時間： <input type="checkbox"/> 上午 9-12 時 <input type="checkbox"/> 下午 12-18 時 ※為保障您的權益，如有必要，本公司將會以電話與您聯繫確認，請您協助務必填寫行動(聯絡)電話。	
付款方式	<input type="checkbox"/> 電匯至要保人帳戶 <b>【請附上存摺封面影本】</b> 銀行：_____ 分行：_____ 帳號：_____ 郵局：_____ 局號/帳號：_____ <input type="checkbox"/> 支票 送達方式： <input type="checkbox"/> 要保人親領 <input type="checkbox"/> 逕寄收費地址 <input type="checkbox"/> 逕寄下列地址：	

本人(即要保人)茲依據保險單條款之約定，向貴公司申請保險契約終止，並同意遵守下列契約終止之規定：  
 一、契約終止自貴公司收到保險契約終止申請書正本時開始生效，而貴公司應於接到通知後一個月內給付解約金，逾期貴公司應加計利息給付，其利息按保單條款約定給付。  
 二、申請終止保險契約時，如保險單有欠繳保費(包含經貴公司墊繳的保險費)或保險單借款未還清者，貴公司得先抵償上述欠款扣除及其應付利息後給付。  
 三、本人因事不克親至貴公司辦理保險契約終止事宜，茲委任\_\_\_\_\_君(受任人親自簽名)攜帶本人國民身分證正本及本人親自簽名之保險契約終止申請書等代為辦理，爾後如發生任何糾紛，本人自負一切法律責任，與貴公司完全無關。

**※原保險單因本保險契約已辦理保險契約終止，應予作廢，特此聲明。**  
**※要保人已詳閱本申請書及契約終止客戶權益之重要事項告知內容，並已獲得必要之資訊，充分瞭解本件契約終止對於本人各項權益與保障之影響。**

此致 安達國際人壽保險股份有限公司

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 要保人身分證字號：\_\_\_\_\_

法定代理人/監護人/輔助人簽名：\_\_\_\_\_ 申請日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**※未成年人、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者，請法定代理人/監護人/輔助人簽名。**

法定代理人身分證字號/國籍/生日：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

※以上簽名請務必親自簽名，並簽與要保書樣式相同，若有變更，以變更後之簽名樣式為準。

**※請附上要保人身分證正反面影印本，連同正本申請書一併寄回本公司**

※要保人如 FATCA 身分或 CRS 身分有改變，除填寫「契約終止申請書」外，需填寫遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書、金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)自我證明表及提供相關自我證明文件一併辦理。

服務人員專用欄：

※茲證明本終止申請書確為要保人、法定代理人親自簽名無誤，如有虛偽不實，本人願負法律責任。

業務員簽名：	主管簽核：
登錄證字號：	簽署人章：
聯絡電話：	※簽署人已確認本申請書送件業務員仍在職或為有效合約關係之業務員。

## 安達人壽個人資料蒐集、處理及利用告知書

安達國際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)第六條第二項、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)人身保險(〇〇一)(二)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)(三)消費者、客戶管理與服務(〇九〇)。

二、蒐集之個人資料類別:(一)識別類(例如姓名、性別、出生年月日、國籍、住址、電話、身分證統一編號、電子郵件、聲音、影像檔案)。(二)特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。(三)病歷、醫療、健康檢查(四)保險契約所需填載、保險契約變更及本公司各類保險服務相關業務所需填載之其他必要事項。

三、個人資料之來源(一)要保人、被保險人(二)當事人之法定代理人、輔助人(三)各醫療院所(四)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:因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二)對象:本公司及安達集團成員、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、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司合作之保險代理人/保險經紀人、與本公司合作辦理銀行保險業務之銀行及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:以書面或其他日後可供證明之方式(如:書面、電子郵件、傳真、或電子文件等)。

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。

七、本公司依法令或為強化個人資料管理及保護,將可能隨時修訂本告知書。若本告知書發生任何重大調整,本公司將於官網公告。若您需要查詢、補充、更正或刪除您的個人資料,除可聯絡您的服務人員、至本公司客戶服務中心或透過免費客戶服務專線(0800-011-709)辦理外,亦可利用本公司網站所提供之相關服務辦理。

### \*重要提醒

保險契約若為投資型保單連結保證型架構投資標的:

金美滿變額年金保險和金富貴外幣變額年金保險,要保人須依保單條款持有該標的,方可享有該投資標的所提供之保證內容;要保人若選擇標的中途部分或全部終止,將可能造成保證架構部分或全部喪失且保證費用無法100%返回,投資本金亦可能無法100%領回。要保人如欲申請終止前應向本公司或相關保險與理財專業規劃人員了解相關投資風險。

保險契約若為年金架構投資型保險:

保險契約若為遞延年金保險架構,進入年金給付期後將依保單條款進行定期定額給付,要保人不再享有將保單價值中途部分或全部提領或贖回的權利,亦即將喪失資金運用彈性。要保人應於進入年金給付期前一至二個月或本公司寄發權益通知時,向本公司或相關保險與理財專業規劃人員了解相關投資風險。

安達國際人壽保險股份有限公司

地址:10042 台北市中正區中華路一段39號6樓 電話:02-6623-3688 傳真:02-2579-7686





## 安達人壽遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)暨 金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書(個人件)

立聲明書人姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

<b>【FATCA 身分】</b>	
<p>一、您是否有義務在美國繳稅，即屬於美國稅務居民？ 美國公民、美國綠卡持有者或美國長期居民(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，請檢附 W-9 表單(英文填寫)，免填第 2、3 題</p> <p><input type="checkbox"/>否，請續填第 2 題</p>	
<p>二、您的出生地是否為美國(含美國屬地)？</p> <p><input type="checkbox"/>是，請檢附相關文件(1)W-8BEN 表單(2) 非美國護照或身分證明文件(3) 棄籍證明，免填第3 題</p> <p><input type="checkbox"/>否，請續填第3 題</p>	
<p>三、您是否具有下列任一項美國指標，但非美國納稅義務人？</p> <p>1.出生地為美國／2.美國公民／3.美國永久居民（持有綠卡）美國長期居民／4.具美國住址或連絡地址（含郵政信箱）／5.具美國電話號碼／6.代理人具美國地址／7.持續指示將資金轉入於美國的帳戶／8.委託或簽署授權予具有美國地址之人、轉交郵件地址或代存郵件地址為客戶唯一的地址</p> <p><input type="checkbox"/>是，請檢附相關文件(1)W-8BEN 表單 (2)非美國護照或身分證明文件</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>	
<b>【CRS 身分】</b>	
<p>您除了中華民國、美國以外，是否具有《其他國家或地區之稅務居民》身分？</p> <p><input type="checkbox"/>是，請檢附自我證明表-個人(英文填寫)</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>	

遵循美國外國帳戶稅收遵從法 (Foreign Account Tax Compliance Act, “FATCA”) 暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)之相關規定說明：

- 安達人壽為履行 FATCA 及與之相關的條約、國際協議及美國國家稅務局 (Internal Revenue Service) 所發布之行政命令、指引及申報表單等義務，安達人壽需蒐集客戶的國籍與稅籍資料及將客戶的稅籍資料和帳戶資訊轉交予美國國稅局。
- 安達人壽為遵循 FATCA 義務，需將客戶的稅籍資料及帳戶資訊轉交予美國國稅局。此等揭露可能透過安達人壽之總公司或關係企業完成。
- CRS係依稅捐稽徵法第5條之1第6項訂定，其內容參考經濟合作暨發展組織發布之共同申報及盡職審查準則，客戶了解安達人壽依CRS規定取得客戶之自我證明文件，以辨識帳戶持有人為稅務居住者之國家/地區。安達人壽依法可能將本表及該帳戶其他資訊提供中華民國稅捐稽徵機關，經由政府間協定進行稅務目的金融帳戶資訊交換，提供他方國家/地區稅捐稽徵機關。
- 客戶提交予安達人壽之文件(包含但不限於填報之美國國稅局稅務文件、FATCA、CRS身分別聲明及相關身分證明文件)內容若有不實或不完整，可能造成當事人之直接、間接或潛在之損失或額外的稅上負擔或罰鍰，當事人須自行承擔，安達人壽不負擔任何責任。

**本人(立聲明書人)聲明：**

- 本人已詳細閱讀本聲明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及金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法之相關規定。
- 本人係據實填寫本聲明書資料，如有填寫不實，本人願負擔相關法律責任。
- 本人最遲應於上表「FATCA」或「CRS」身分變更之日起 30 日內主動書面通知安達人壽。

立 聲 明 書 人 簽 名		法定代理人/監護人/ 輔 助 人 簽 名	
		※未成年、受有監護宣告或受補助宣告尚未撤銷者，請法定代理人/監護人/輔助人簽名	
業 務 員 簽 名		填 寫 日 期	民 國 年 月 日