

要保單位	(*)公司名稱	廠區	部門	統編						
(*)事故者資料	姓名	身分證字號			出生日期			事故者與員工關係		
					年	月	日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其它_____		
員工資料 (若事故者即員工,粗框內免填)	姓名	身分證字號			出生日期			(*)保單號碼	(*)等級	
					年	月	日	1. _____	_____	
(*)住所地址	□□□□						2. _____			
							3. _____			
(*)行動電話	聯絡電話( )			電子郵件			由服務人員或窗口填寫			

1. 本公司將發送理賠進度與理賠核定結果簡訊至本申請書上所填寫之行動電話號碼。  
 2. 填寫 E-mail 者,本公司將於結案後發送電子理賠核定結果至本申請書所填寫之電子信箱。

(*)事故種類	<input type="checkbox"/> 非意外事故(疾病) <input type="checkbox"/> 意外事故(傷害)	(*)申請日期	年	月	日
(*)事故說明		(*)事故日期	年	月	日
(*)申請保險金類別 (可複選)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 重大疾病(特定傷病) <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 防癌 <input type="checkbox"/> 定期給付(生活扶助、失能生活金) <input type="checkbox"/> 津貼(生育) <input type="checkbox"/> 長期照顧 ※「理賠類別」原則以您所勾選者為準,惟如尚有符合其他理賠類別,將於確認您的意願後一併審核。 註:配合保險法修訂,自107年6月15日起調整「殘廢」及「失能」等相關用詞,保戶權益未受影響。				

意外事故地點	工作內容					
意外事故經過						
報案單位	報案日期	年	月	日	承辦員警	電話

(*)保險金給付方式 (未勾填給付方式者,一律以背書支票支付)	<input type="checkbox"/> 匯撥至法定代理人之帳戶(限受益人為未成人時,得選擇匯款至法定代理人之帳戶,並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時,視為已對受益人給付)					
	<input type="checkbox"/> 匯撥至受益人指定之下列帳戶 <input type="checkbox"/> 匯撥至受益人已指定之匯撥帳號(即「一指通」帳戶,即免填下列帳戶資料) (員工眷屬申請「醫療給付」,可選擇匯撥至員工帳戶,須填下方眷屬醫療保險金指定匯款同意書)					
	<input type="checkbox"/> 禁止背書轉讓支票(請於右欄填寫受益人身分證字號,以利開票作業)					
帳戶資料	戶名	金融機構(分行)	分行通匯代號	帳號	受益人身分證字號	受益人身分證字號

**眷屬醫療保險金指定匯款同意書**

本人(即事故者)為員工之眷屬,同意將本次申請之醫療保險金匯入該員工指定之金融機構帳戶(帳戶資料如上欄)。匯款完成後,貴公司對本人之本次醫療保險金之給付義務即行消滅。恐口說無憑,特立此書為證。

此致 國泰人壽保險股份有限公司 立同意書人(事故者): \_\_\_\_\_ (簽章) 電話: \_\_\_\_\_

**個人資料(含特種個資)蒐集、處理及利用同意書**

立書人已詳閱並瞭解下述【個人資料保護法應告知事項】,並同意貴公司於符合告知事項之目的範圍內,得蒐集、處理及利用立書人之病歷、醫療及健康檢查等特種個資,以及將上開資料轉送與貴公司有業務往來之再保險公司及履行保險契約有關之第三方以辦理再保險、核保或理賠業務。立書人併此聲明,本同意書係出於立書人自由意願下所為之意思表示。

(*)立書人(即被保險人)/受益人簽名:	法定代理人(監護人或輔助人):
(親簽)	(親簽)
員工簽名:(如選擇匯撥至員工帳戶,員工本人亦需簽名)	
受益人與事故者關係: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
(申請意外、疾病醫療、失能或重大疾病等保險金時,受益人限事故者本人。)	

**上開受益人之簽名於被保險人身故時,僅代表受益人或其法定代理人提出理賠申請,並已知悉瞭解上述注意聲明事項。**

要保單位填寫欄	<b>注意事項</b> 1. 【個人資料保護法應告知事項】:依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其相關規定,本公司為辦理人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、海外急難救助、追償、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務及符合相關法令規範之需要,而蒐集您的個人資料(包括病歷、醫療及健康檢查等特種個資)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內,以合於法令規定之利用方式,於我國境內、外供本公司、因以上目的作業需要之第三方(包括但不限於再保險及業務委外等對象)、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及依法有調查權機關或金融監理機關等進行處理及利用。您可行使之個人資料權利包含:查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料,並可至本公司各服務據點或利用本公司服務專線(市話請撥打免費專線:0800-036-599,手機請改撥付費電話:02-4128-010或網路電話詢問),本公司將儘速依相關法令規定,處理與回覆您的請求,惟本公司依法令規定或因執行業務所必須,得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時,本公司將可能無法辦理您的理賠申請。 2. 受益人有數人時,請事先協調選擇同一領取方式,以利本公司作業;並另填附件(一)。 3. 因匯款帳戶錯誤、撤銷等原因致無法順利完成轉帳者,本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。 4. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」,單張保單給付理賠延滯息達新臺幣2萬元者,應按規定扣取補充保險費,但屬下列身分者,於理賠申請時檢附下列文件可免扣取補充保險費:(1)低收入戶者:檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件(2)未具備或喪失投保資格者:非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附近3個月內戶籍證明 5. 申請身故保險金者,立書人同意本公司得將相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對,以確認其正確性。受益人申請理賠之保險事故及其相關文件如有虛偽不實者,行為人須依法負民、刑事及其他相關法律責任。 6. 要保單位若符合「國泰人壽免辦加保、退保批註條款」規定者,受益人於提出理賠申請時須檢附勞工保險加保申報書或在職證明,惟針對醫療保險理賠部分,本公司得從寬將要保單位填寫欄之填寫內容視為在職證明文件。 7. 本申請書所提供之通訊地址、聯絡電話及 E-mail,僅供本次申辦業務使用,不代表已向本公司行使變更通知。
到職日: 年 月 日	
事故日是否在职: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
確認人: (職章)	

(*)服務人員(送件人)基本資料(此欄由國壽服務人員填寫)			
送件人姓名	單位代號	送件人員編	
聯絡電話	市話:( ) 分機	手機:	收件日期: 年 月 日



事故者基本資料

(*) 姓名		(*) 身分證字號																	
--------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保險金給付方式

領取方式

匯撥至法定代理人之帳戶  
 (限受益人為未成年人時,得選擇匯款至法定代理人之帳戶,並於本公司將款項匯入法定代理人帳戶時,視為已對受益人給付)(請填下列帳戶資料)

匯撥至身故受益人帳戶(請填下列帳戶資料)

匯撥至受益人已指定之匯撥帳號(即「一指通」帳戶,即免填下列帳戶資料)

禁止背書轉讓支票(請於下列帳戶資料欄填寫受益人身分證字號,以利開票作業)

帳戶資料	戶名					身分證字號													
	金融機構(分行)	(中文名稱)	行庫局號	代號	帳號														
	戶名					身分證字號													
	金融機構(分行)	(中文名稱)	行庫局號	代號	帳號														
	戶名					身分證字號													
	金融機構(分行)	(中文名稱)	行庫局號	代號	帳號														

- 注意事項**
1. 受益人有數人時,請事先協調選擇同一領取方式,以利本公司作業。
  2. 因匯款帳戶錯誤、撤銷等原因致無法順利完成轉帳者,本公司得改以禁止背書轉讓支票給付。
  3. 依「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」,單張保單給付理賠延滯息達新臺幣 2 萬元者,應按規定扣取補充保險費,但屬下列身分者,於理賠申請時檢附下列文件可免扣取補充保險費:  
 (1)低收入戶者:檢附社政機關核定有效期限內之中低收入戶證明文件  
 (2)未具備或喪失投保資格者:非本國人檢附護照影本、已除籍之本國人檢附近 3 個月內戶籍證明
  4. 申請身故保險金者,立書人同意本公司得將相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對,以確認其正確性。受益人申請理賠之保險事故及其相關文件如有虛偽不實者,行為人須依法負民、刑事及其他相關法律責任。
  5. 要保單位若符合「國泰人壽免辦加保、退保批註條款」規定者,受益人於提出理賠申請時須檢附勞工保險加保申報書或在職證明,惟針對醫療保險理賠件部分,本公司得從寬將要保單位填寫欄之填寫內容視為在職證明文件。
  6. 【個人資料保護法應告知事項】:依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其相關規定,本公司為辦理人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、海外急難救助、追償、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務及符合相關法令規範之需要,而蒐集您的個人資料(包括病歷、醫療及健康檢查等特種個資)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內,以合於法令規定之利用方式,於我國境內、外供本公司、因以上目的作業需要之第三方(包括但不限於再保險及業務委外等對象)、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及依法有調查權機關或金融監理機關等進行處理及利用。您可行使之個人資料權利包含:查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料,並可至本公司各服務據點或利用本公司服務專線(市話請撥打免付費專線:0800-036-599,手機請改撥付費電話:02-4128-010 或網路電話詢問),本公司將儘速依相關法令規定,處理與回覆您的請求,惟本公司依法令規定或因執行業務所必須,得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時,本公司將可能無法辦理您的理賠申請。
  7. 本申請書所提供之通訊地址、聯絡電話及 E-mail,僅供本次申辦業務使用,不代表已向本公司行使變更通知。

受益人簽名: \_\_\_\_\_

法定代理人(監護人)簽名: \_\_\_\_\_

上開受益人之簽名於被保險人身故時,僅代表受益人或其法定代理人提出理賠申請,並已知悉瞭解上述注意暨聲明事項。



## 法定繼承人聲明暨同意書

立書人等為國泰人壽保戶/授權保險費自動轉帳付款之授權人/擔保貸款借款人\_\_\_\_\_

(身分證字號：\_\_\_\_\_, 下稱保戶/授權人/借款人)之全體法定繼承人，因保戶/授權人/借款人身故，立書人全體現同意由立書人之一\_\_\_\_\_為代理人，辦理下列申請手續：

1. 終止保險費付款授權 終止授權人之信用卡/金融機構帳戶自動轉帳付款授權  
保單號碼\_\_\_\_\_
2. 申請要保人變更 將保單號碼\_\_\_\_\_之要保人變更為\_\_\_\_\_
3. 保全給付 包括但不限於保戶未領之年金、滿期金、紅利、配息、增值回饋分享金。  
解約保單號碼\_\_\_\_\_
4. 保險理賠 包括但不限於身故保險金、保單價值準備金、帳戶價值、基金配息、未到期保費、保戶身故前尚未領取之失能/醫療保險金。  
借款人曾向國泰人壽辦理擔保貸款(原貸帳號\_\_\_\_\_)，現因下列事由，向國泰人壽申請清償證明文件：  
借款人於身故前已清償借款，但尚未申請清償證明文件。  
借款人領取清償證明後身故，立書人等申請補發(需另填清償證明補發申請書)。  
借款人身故後，立書人等已清償借款，現向國泰人壽申請發給。
5. 申請清償證明

### 聲明事項

- 立書人等為保戶/授權人/借款人之第一優先順位之全體法定繼承人，日後如有他人出面主張前述之權利，或因本聲明書所生之任何爭議，立書人等願負一切法律責任，並將已領之上述款項全部返還，且加計自領取日起至返還日止依法定利率計算之利息。
- 如國泰人壽因此受有任何損害(包括但不限於國泰人壽所支出之律師費及訴訟費)，立書人等應連帶負賠償責任。
- 立書人等已知悉因要保人身故，致申請要保人變更時，將涉及遺產稅之課徵，應向各地國稅局完備遺產稅之申報。

此致 國泰人壽保險股份有限公司

\*立書人全體均須親簽(未滿7歲/受監護宣告者，由法定代理人/監護人代簽)

\*若立書人為未成年/受監護或輔助宣告者，法定代理人/監護人/輔助人亦須親簽

身分 填寫資料	立書人一	立書人二	立書人三
立書人姓名：			
身分證字號：			
電話：			
地址：			
法定代理人/ 監護人/輔助人姓名：			
身分證字號：			
電話：			

(※如立書人簽名欄不足使用，請另行填寫附件)

中 華 民 國 年 月 日

## 個人資料保護法應告知事項

國泰人壽係為人身保險及放款授信相關服務及執行、辦理再保險、海外急難救助、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料。所蒐集之資料除了再保險業務或委外業務執行的需要，會在我國境外被處理及利用外，僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務據點或利用國泰人壽客戶服務專線，市話請撥打免付費專線：0800-036599，手機請改撥付費電話：02-4128-010 或網路電話，查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理或利用及刪除您的個人資料，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險及放款授信業務之執行，國泰人壽將無法提供您完善的服務。

經確認立書人全體均親自簽名辦理無誤

服務人員簽名：

服務人員單位：

服務人員員編：

服務人員電話：

電訪(日期：        /        /        )

親自核對

\*服務人員如為業務員，限以親自核對方式辦理。

## 法定繼承人聲明暨同意書附件

\*法定繼承人超過3位者，第4位以上須親簽以下欄位(未滿7歲/受監護宣告者，由法定代理人/監護人代簽)

\*若立書人為未成年/受監護或輔助宣告者，法定代理人/監護人/輔助人亦須親簽

身分 填寫資料	立書人	立書人	立書人
立書人姓名:			
身分證字號:			
電話:			
地址:			
法定代理人/ 監護人/輔助人姓名:			
身分證字號:			
電話:			
身分 填寫資料	立書人	立書人	立書人
立書人姓名:			
身分證字號:			
電話:			
地址:			
法定代理人/ 監護人/輔助人姓名:			
身分證字號:			
電話:			

中 華 民 國                      年                      月                      日

經確認立書人全體均親自簽名辦理無誤

服務人員簽名：   <input type="checkbox"/> 電訪(日期：        /        /        ) <input type="checkbox"/> 親自核對 *服務人員如為業務員，限以親自核對方式辦理。	服務人員單位：  服務人員員編：  服務人員電話：
--	---------------------------------------



# FATCA 身分確認同意函暨聲明書 (個人)

身分證字號/：  
護照號碼：\_\_\_\_\_

本公司為因應美國「外國帳戶稅收遵從法 (FATCA)」，爰請 您回覆下列詢問事項，並提供相關身分證明文件。

**1. 您具有美國納稅義務人身分 (如：國籍為美國/持有綠卡/為通過居留測試的美國稅務居民)：**

- 是 (勾選本項者，須檢附 W-9 表格；本次已檢具請打勾 )  
 否

**2. 您是否同意本公司於您符合 FATCA 申報規則時，配合提供相關資料予本公司進行申報作業 (未勾選視為不同意)：**

- 同意  不同意 (不同意配合者，將會被美國政府列為不合作帳戶)

立聲明書人保證如上述聲明有變更，將於變更日起 30 日內主動通知本公司。

立聲明書人已審閱並瞭解有關個人資料保護法應告知事項如下：

本公司係為人身保險相關服務及執行、公司內部控制及稽核業務之需要及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務而蒐集您的個人資料。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，提供本公司、美國國稅局 (IRS) 及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務據點或利用國泰人壽客服專線，市話請撥打免付費專線：0800-036-599，手機請改撥付費電話：02-4128-010 或網路電話 (路徑：國泰人壽官網首頁 > 問題與聯繫 > 聯絡我們) 客服電話 > 撥打網路電話) 查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，本公司可能因此婉謝承保、遲延或無法承保，遲延處理或無法接受申請，依據 FATCA 法案規定，倘客戶未依循辦理，將列為「不合作帳戶」(Recalcitrant Account)。

立聲明書人茲聲明上述申報資訊均正確無誤，如有不實，願負相關法律責任 (包括但不限於美國法令)。

立聲明書人簽章：\_\_\_\_\_

法定代理人/監護人或輔助人簽章：\_\_\_\_\_

(立聲明書人為未成年/有監護人或輔助人者，法定代理人/監護人/輔助人需簽名)

中華民國/西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

-----以下由服務人員填寫-----

**◆ 保戶是否具有美國指標 (出生地為美國)：(第 1 題保戶勾選「否」者，方需填寫)**

- 無美國指標  有美國指標

如保戶具有美國指標，應提供下列身分證明文件：

- (1) W-8BEN 表格 (本次已檢具請打勾 )  
(2) 文件證據，含：非美國政府機關核發之身分證件影本、喪失美國國籍資格之證明 (本次已檢具請打勾 )

本人於民國_____年_____月_____日已確實審閱保戶身分證/護照影本，並如實填答以上問題。 本聲明書之聲明事項，確經本人向保戶說明，並由保戶本人親簽無誤，如有不實願負相關法律責任。			
服務人員	登錄證/ID		
	聯絡電話		
	E-mail		@cathaylife.com.tw
服務據點受理 單位覆核		服務據點受理 單位經辦	





身分證字號/統一證號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_

為遵守法令及因應國際趨勢，爰依我國「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)」及美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」等規定，請 您據實回覆下列詢問事項，並提供相關身分證明文件。

※請注意本文件非稅務或法務之建議，國泰人壽亦無法提供稅務或法務之意見。如果您對本文件有任何稅務或法務上之問題，請諮詢稅務、法律和/或其他相關專業人士。

**第一部份 稅務居民身分及現居地資訊**

1. 請勾選您具有的稅務居民身分(可複選，至少須勾選乙項，如您具有多個稅務居住國家/地區，請據實勾選並全部揭露；未勾(填)選之選項，即代表聲明您不具該國家/地區之稅務居民身分)：

- 具中華民國稅務居民身分(如僅勾選此項，代表未具有美國、其他國家地區或重疊國家/地區之稅務居民身分。)
- 具美國稅務居民身分(如：國籍為美國/持有綠卡/美國公民/為通過居留測試的美國稅務居民等)  
(勾選本項者，如未曾檢附FATCA聲明書及W-9表格，本次請一併檢附；已檢附者請打勾)
- 具其他國家/地區稅務居民身分(勾選本項者，請完整填寫整份表單)

2. 現居地址(不得為郵政信箱或公司地址)：

- (1) 現居國家/地區： 中華民國  其他國家/地區\_\_\_\_\_
- (2) 地址：\_\_\_\_\_

**第二部份 如您具其他國家/地區稅務居民身分，請續填本大項**

3. 請勾選您的國籍(可複選，無護照號碼者可免填該欄資訊)：

- 中華民國
- 國家/地區：\_\_\_\_\_ 護照號碼：\_\_\_\_\_
- 國家/地區：\_\_\_\_\_ 護照號碼：\_\_\_\_\_

4. 出生日期：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

5. 出生國家/地區： 中華民國  其他國家/地區\_\_\_\_\_ 出生城市：\_\_\_\_\_

6. 其他國家/地區稅籍資料(請列出除中華民國及美國以外，具有稅務居民身分的居住國家/地區及稅務識別碼，並提供下列資料)：

(1) 具有稅籍的居住國家/地區。

(2) 該居住國家/地區發行予個人的稅務識別碼(TIN)。

※請列出所有(包括但不限於下列5個)居住國家或地區，倘超過5個居住國家/地區，請提供獨立的工作表格。

※倘未提供稅務識別碼，請填寫合適的理由：

理由A：該居住國家/地區未核發稅務識別碼。

理由B：個人無法取得稅務識別碼(填寫此理由者，請說明無法取得稅務識別碼原因)。

理由C：個人毋須提供稅務識別碼。(限該居住國家/地區國內法未要求蒐集稅務識別碼)。

序號	具稅籍身分之 居住國家/地區	稅務識別碼	如未提供稅務識別碼， 請勾選理由A、B或C	選取理由B者，請說明理由
1			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
2			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
3			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
4			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
5			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	

請提供以下「英文資料」：

姓氏：\_\_\_\_\_ 名字：\_\_\_\_\_

出生地：國家\_\_\_\_\_ 城市：\_\_\_\_\_

現居國家：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_

現居地址：\_\_\_\_\_



# 聲明事項

- 本人證明，就與本文件所有相關之保險契約，本人確為該保險契約之要保人/受益人。
- 本人已審閱、瞭解且同意國泰人壽為以下目的：
  - (1) 相關服務及執行、公司內部控制及稽核業務之需要及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
  - (2) 遵循「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)」及美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」。蒐集本人的個人資料，並備存本文件所載資料。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，提供國泰人壽、國內稅務機關、美國國稅局(IRS)及因以上目的作業需要之第三方處理及利用，國內稅務機關亦可能依據國際相關規定從而把資料轉交到本人的居住國家或地區的相關主管機關。  
註：您可以至國泰人壽各分支機構或利用國泰人壽客服專線(0800-036-599，手機請撥02-4128-010)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，國泰人壽可能因此遲延處理或無法接受申請；且依據「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」規定，倘客戶未依循辦理，將被列為「不合作帳戶」。
- 本人茲聲明上述文件所載資料均正確無誤且為最新資訊，若與國泰人壽既存資料不相符者，同意以本文件表格之內容更新既存資料，倘情況有所變更，以致影響本文件之資訊或導致本文件所載資料不正確，將於變更日起30日內主動通知國泰人壽並提交一份已適當更新的自我證明。

立書人親簽：\_\_\_\_\_

法定代理人/監護人/輔助人親簽：\_\_\_\_\_

(立書人為未成年/有監護人或輔助人者，法定代理人/監護人/輔助人須簽名)

簽署日期：西元/中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

※提醒：明知回答內容具誤導性、虛假或不正確，足以影響稅務居民身分之判斷，仍作出該項陳述，可能依國內外相關法令負相關法律責任等。

-----以下由服務人員填寫-----

## ◆ 合理性檢視：

- 是 自我證明稅籍資訊一致。
- 否 具不相符之處：稅務居民身分(具稅籍國家)為\_\_\_\_\_，與國籍出生國家現居國家\_\_\_\_\_不一致，經保戶說明原因\_\_\_\_\_並提供相應之證明文據後，確認此份為最新且正確之自我證明文件。

## ◆ 保戶是否具有美國指標(出生地為美國) (第1題未勾選「具美國稅務居民身分」者需填寫)：

- 無美國指標
- 有美國指標

如保戶具有美國指標，應提供下列身分證明文件：

- (1) FATCA 聲明書及 W-8BEN 表格 (本次已檢具請打勾 )。
- (2) 文件證據，含：非美國政府機關核發之身分證件影本、喪失美國國籍資格之證明 (本次已檢具請打勾 )

本人已依自我證明表格聲明內容確認保戶身分資料無誤，並如實填答以上問題及提供所需文件。			
服務人員		登錄證/ID	
		聯絡電話	
		E-mail	
服務據點受理 單位覆核		服務據點受理 單位經辦	



470002



11401 版