

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 1

Special needs information Form (SNIF)

旅客姓名(名+姓)	
出生日期	國籍
船名	出發日期
訂位代號	艙房號碼
聯絡方式 (Email 或電話)	
陪同人或法定監護人姓名 (如需要)	

備註：依健康狀況或所訂艙房類型，可能需要陪同人。

填表前請注意

請在填寫本問卷前，務必詳讀《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》（為 Costa 條款的一部分）。
本表需與「個人敏感資料處理同意書」一併完整填寫並簽名後送交 Costa 辦公室。
一次只填一位旅客，請用英文大寫字母填寫或電腦打字。

重要注意事項

必須如實揭露任何身體或精神狀況、身心障礙、疾病，或需特別醫療安排 / 設備 / 照護的需求。
未揭露可能導致拒絕登船或中途下船（含航班）。

Costa 可能要求醫療證明以確認適合旅遊。

若正在接受治療、或旅途中可能需要醫療照護 / 協助，最晚須於出發前 40 天或訂位時提供完整資訊。

醫師聲明表 (Form A1) 不得早於出發前 90 天。

健康狀況若有變化，須立即通知 Costa 更新資料。

建議攜帶醫療紀錄影本（心電圖、用藥清單、病歷等）。

藥物請全數放在隨身行李，並備足整趟航程使用量。

強烈建議購買含醫療與緊急後送的旅遊保險。

旅客需自行攜帶所需藥品與設備，船上醫療單位不一定能提供。

旅客需自行依照醫師指示服藥。

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 2

個人資料當事人之敏感資料處理同意書

有關隱私政策之更多資訊，請參閱本公司官網之隱私權文件，或掃描本頁所示之 QR Code。

本人（以下簽署人）.....，
 出生於.....，出生日期.....，
 現居住於.....，
 本人已依據《一般資料保護規則》（GDPR）第 13 條之規定，詳閱並理解資料控制者所提供之相關資訊，並特別知悉本次資料處理將涉及 GDPR 第 9 條所定義之「特殊類別個人資料」：

本人同意為提供資訊說明文件中所述服務之必要目的，處理本人之敏感個人資料。

地點、日期..... 簽名.....

本人同意將本人之個人資料揭露予資訊說明文件中所列之相關單位。

地點、日期..... 簽名.....

未成年人或無行為能力成年人之父母 / 監護人同意聲明

本人（以下簽署人）.....，
 出生於.....，出生日期.....，
 現居住於.....，
 本人係.....之父母 / 法定監護人，
 本人已依據 GDPR 第 13 條之規定，詳閱並理解資料控制者所提供之相關資訊，並特別知悉本次資料處理將涉及 GDPR 第 9 條所定義之「特殊類別個人資料」：

本人 / 我們同意為提供資訊說明文件中所述服務之必要目的，處理與..... 相關之敏感個人資料。

地點、日期..... 簽名.....

本人 / 我們同意將上述個人資料揭露予資訊說明文件中所列之相關單位。

地點、日期..... 簽名.....

本人確認上述所提供之資料均屬真實且正確。本人理解，若本人之狀況於出發前發生任何變動，須於旅遊前更新相關資料。本人已閱讀並理解隨附之《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》全部內容，並同意相關旅遊條款。

地點、日期..... 簽名.....

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 3

醫療評估 (Medical Assessment)

您目前是否有尚未穩定控制的醫療狀況，或可能於航程中惡化並需要治療的重大疾病？

(例如：重度貧血、重大心臟、呼吸系統或神經系統疾病，且於過去三個月內曾住院治療；

過去六週內曾接受手術或醫療處置；

目前正在接受治療或安寧照護之癌症；

活動中或未受控制之精神健康狀況；

嚴重腎臟疾病等。)

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

如勾選「是」，請提交醫師聲明表 (DOCTOR'S DECLARATION – Form A1)，並由您的醫師填寫完成。

您是否有需要使用維生用之外部醫療設備之醫療狀況？

(例如：呼吸器、營養輸送幫浦、抽痰機等)

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

如勾選「是」，請提交醫師聲明表 (DOCTOR'S DECLARATION – Form A1)，並由您的醫師填寫完成。

醫療協助需求 (Medical Assistance)

您是否有以下任何醫療狀況？

(請勾選所有適用項目)

☐ 需要使用注射藥物之醫療狀況

(例如：胰島素、肝素等)

是否需要「針具 / 注射器回收容器」

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

是否將自行攜帶銳器回收容器登船

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

如適用，請參閱《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》第 3.12 節。

☐ 需要進行腹膜透析治療之醫療狀況

如適用，請參閱《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》第 3.3 節。

☐ 需要使用電子醫療設備之醫療狀況，包括但不限於：

☐ CPAP、BiPAP

☐ 氧氣濃縮機

☐ 加熱裝置

☐ 其他：_____

☐ 吸入治療機

☐ 餵食幫浦

☐ 植入式心律調節器 / 去顫器

如適用，請參閱《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》第 3.1 節。

☐ 需要使用**加壓氧氣 (鋼瓶) **之醫療狀況

如適用，請參閱《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》第 3.4 節。

請填寫您將攜帶登船之氧氣鋼瓶資料：

鋼瓶數量：_____

每支鋼瓶容量 (公升)：_____

鋼瓶尺寸 (長 × 寬 × 高)：_____

重量 (公斤)：_____

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 4

☐ 任何醫療狀況或自理能力程度，需要由照護人員及 / 或法定監護人提供協助。

如適用，請參閱《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》第 1.6 節。

若勾選此項，請提交由醫師填寫完成之 醫師聲明表 (DOCTOR'S DECLARATION – Form A1) 。

☐ 任何需要經認證之工作犬協助的醫療狀況。

如適用，請參閱《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》第 1.5 節。

若勾選此項，請提交由醫師填寫完成之 醫師聲明表 (DOCTOR'S DECLARATION – Form A1)
(視障者之導盲犬不需提交醫師聲明) 。

☐ 您是否攜帶需要冷藏保存的藥物？

是否需要冷藏箱 (僅適用於 Costa Toscana 與 Costa Smeralda)

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

如適用，請參閱《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》第 3.11 節。

身心障礙 / 行動協助 (Disability Assistance)

請勾選所有適用項目：

☐ 行動受限或行動不便

☐ 電動代步車 (Mobility Scooter)

☐ 手動輪椅

☐ 電動輪椅

☐ 助行器

☐ 其他：_____

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 5

品牌與型號 (Make and Model) :

若為電動設備，請勾選使用之電池類型：

- ☐ 凝膠電池 (Gel-type)
☐ 鋰電池 (Lithium batteries)
☐ 乾電池 (Dry batteries)

請詳述您的輪椅 / 代步車之尺寸與重量：

收合狀態 (Closed)：

寬度：..... 公分
長度：..... 公分
高度：..... 公分

展開狀態 (Open)：

寬度：..... 公分
長度：..... 公分
高度：..... 公分

輪椅重量：..... 公斤

旅客體重：..... 公斤

旅客乘坐於輪椅時，自頭頂至地面之高度：..... 公分

請詳述您的助行器 (Walking Frame) 展開後尺寸：

寬度：..... 公分
長度：..... 公分
高度：..... 公分

請詳述您的**吊具 / 移位機 (Hoist / Lifter) **之尺寸：

收合狀態 (Closed)：

寬度：..... 公分
長度：..... 公分
高度：..... 公分

展開狀態 (Open)：

寬度：..... 公分
長度：..... 公分
高度：..... 公分

您是否能自行上下巴士台階？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

更多相關資訊請參閱《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》第 1.2 節。

☐ 聽力障礙 (任何程度)

如適用，請參閱《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》第 1.3 節。

是否希望於艙房內配置靜音呼叫裝置 (Silent Call Device) ？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

☐ 視力障礙 (任何程度)

如適用，請參閱《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》第 1.4 節。

是否需要攜帶經認證之導盲犬登船？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

是否希望於艙房內配置靜音呼叫裝置 (Silent Call Device) ？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

☐ 語言 / 發音障礙 (任何程度)

如適用，請參閱《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》第 1.3 節。

是否希望於艙房內配置靜音呼叫裝置 (Silent Call Device) ？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 6

緊急協助 (Emergency Assistance)

在船上發生緊急狀況時，您是否需要由本公司工作人員協助前往您的集合點 (Assembly Point) ？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

如勾選「是」，請勾選下列適用項目：

☐ 本人無法使用樓梯，需要使用緊急疏散椅或擔架協助撤離

☐ 本人體重超過 120 公斤

☐ 本人體重超過 150 公斤

更多相關資訊請參閱《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》第 1.8 節。

交通 / 旅遊協助 (Travel Assistance)

您是否需要前往登船港口之交通協助？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

您是否透過 Costa 郵輪購買機票運輸服務？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

您是否透過 Costa 郵輪購買郵輪前或郵輪後延伸行程套裝？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

如勾選「是」，請填寫並提交

航空 - 地面交通協助表 (FORM FOR AIR – GROUND TRANSPORT – Form A2) 。

過敏 (Allergies)

您是否有任何食物過敏？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

如適用，請參閱《Costa 郵輪旅遊醫療資訊與需求說明》第 5 節。

若勾選「是」，請填寫並提交

過敏申報表 (ALLERGIES FORM – Form A3) 。

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 7

醫師聲明表 (DOCTOR'S DECLARATION – Form A1)

(由家庭醫師或專科醫師填寫)

旅客姓名 (Guest Name) : _____

訂位編號 (Booking No.) : _____

船名 (Ship) : _____

出發日期 (Departure Date) : _____

致醫師 (Dear Doctor) :

敬請您依據旅客即將參加之郵輪行程，評估其目前之醫療狀況。

在進行評估時，請特別留意以下事項：

船上醫療設施之治療能力有限；

若有需要，旅客可能在較長時間內無法即時取得專科醫療服務；

為確保旅客於航程期間之安全與健康，本次評估必須審慎且完整；

郵輪屬於密閉且旅客密度高之環境，感染性病原體傳播風險較高，請一併納入評估考量。

填寫說明

請以英文大寫字母填寫，如無法以英文填寫，亦可另附文件說明，但須確保以下所有項目皆已完整涵蓋。

重要提醒 (關於醫療用大麻)

目前正在使用醫療用大麻治療之病患，須於登船前改用非大麻相關之替代治療方式。

醫療用大麻屬於禁止攜帶物品，不得帶上船。

醫療狀況評估

該病患是否有不穩定之醫療狀況，且可能於航程中需要接受治療？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

若勾選「是」，請詳細列出相關醫療狀況及目前使用之藥物：

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 8

該病患於旅遊期間，是否因其醫療狀況而需要照護人員或法定監護人協助？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

若為「是」，請註明可於旅途中提供協助之陪同人姓名：

該病患是否有需要經認證之工作犬或導盲犬協助之醫療狀況？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

若為「是」，請說明相關醫療狀況：

醫師專業聲明

基於上述所列之醫療狀況，本人依據專業判斷確認，旅客：

於本次規劃之海上郵輪行程中，不存在任何醫療、外科或精神科方面之禁忌症，足以影響其參加該航程。

醫師姓名及職稱 (Doctor's name and title)：

日期、簽名與醫師印章 (Date, Signature and Stamp)：

地址 (Address)：

電子郵件 (Email address)：

聯絡電話 (Phone number)：

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 9

航空 - 地面交通協助表 (FORM FOR AIR – GROUND TRANSPORT – Form A2)

• 請務必以英文大寫字母填寫，否則申請可能遭到拒絕。

Costa Crociere 為確保您透過航空與地面交通前往郵輪主要登船港口之行程，能夠舒適且順利進行，特設此表單。

為符合相關安全規範，確認旅客身心障礙或行動限制之程度相當重要。

請於下列狀況中擇一勾選：

☐ WCHR

本人可自行上下階梯，亦可在機艙內行走，但需要輪椅協助往返飛機與航廈之距離。

☐ WCHS

本人無法自行上下階梯，需由人員協助搬運上下階梯，但可自行前往 / 離開機艙座位，且無法長距離行走。

☐ WCHC

本人完全無法行走，需要輪椅協助往返飛機，並需由人員協助搬運上下階梯及往返機艙座位。

若需攜帶個人輪椅，請勾選設備類型：

☐ 電動代步車 (Mobility Scooter)

☐ 手動輪椅 (Manual Wheelchair)

☐ 電動輪椅 (Electric Wheelchair)

☐ 助行器 (Walking Frame)

品牌與型號 (Make and Model) : _____

備註：如為電動代步車或電動輪椅，需另附設備規格資料表 (Data Sheet) 。

若為電動設備，請填寫電池資訊：

☐ 凝膠電池 (Gel-type)

☐ 鋰電池 (Lithium batteries)

電池數量：

電池功率 (Watt) :

是否為可滲漏型電池 (Spillable) :

請詳述設備尺寸與重量：

收合狀態 (Closed)：

寬度： 公分

長度： 公分

高度： 公分

展開狀態 (Open)：

寬度： 公分

長度： 公分

高度： 公分

輪椅重量： 公斤

您是否能自行上下巴士台階？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 10

(注意：如為集體接送 (collective transfer) ，僅允許可折疊式輪椅，且最大重量不得超過 20 公斤。)

如需更多資訊，請參閱《Costa Cruises 旅遊醫療資訊與需求 (Medical Information and Requirements for Costa Cruises Travelling) 》第 1.2 節。

Costa 安排之地面交通說明

若您使用 Costa 安排的地面交通，請說明您是否能：

自行上車，或在同行且具行動能力之陪同者協助下上車

若您無法自行上車，且也無同行者可協助，則無法提供集體接送服務，該接送將自訂位中取消，且不會產生任何罰款。

在此情況下，您可選擇：

自行前往碼頭，或申請客製化接送服務 (Handivan) ，費用將另行專案報價。

若申請客製化接送 (機場 / 港口 / 機場) ，請另提供以下資訊：

旅客坐在輪椅上時的體重：..... 公斤

旅客坐在輪椅上時，頭部至地面的高度：..... 公分

需使用注射藥物之醫療狀況

您是否需要在飛行途中於機艙內使用注射藥物？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

注意：

若您於隨身行李 (手提行李) 中攜帶針筒與藥物，必須隨身攜帶一份英文醫療證明，內容須說明：

攜帶針筒與藥物之必要性

攜帶數量

劑量

給藥方式

若您將在隨身行李中攜帶針筒，請填寫以下資訊：

攜帶針筒數量：.....

藥物液體容量：.....

(注意：單一容器最高不得超過 100 毫升)

冷藏藥品與冷卻設備

您是否會攜帶冷藏箱或冷藏袋 (含乾冰或冰磚) ？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

若是，請填寫：

冷藏箱 / 袋尺寸 (長 × 寬 × 深) ：.....

重量：.....

若是，您使用的是：

冰水 (iced water) 或

乾冰 (dry ice) ：.....

注意：

乾冰屬於危險物品，每人最多可攜帶 2.5 公斤。

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 11

電子醫療設備 (ELECTRICAL MEDICAL DEVICE)

您是否需要攜帶電子醫療設備，並於飛行途中使用？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

設備類型為何？

☐ CPAP / BiPAP (睡眠呼吸輔助設備)

☐ 攜帶式氧氣濃縮機 (POC)

☐ 其他：_____

您是否需要在飛行途中實際使用該設備？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

您是否需要使用飛機上的電源插座為設備充電？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

注意事項：

如攜帶氧氣濃縮機 (POC)，須提供設備規格資料表 (data sheet)。

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 12

ALLERGIES – Form A3

旅客姓名(名+姓)	
出生日期	國籍
船名	出發日期
訂位代號	艙房號碼
聯絡方式 (Email 或電話)	
陪同人或法定監護人姓名 (如需要)	

¹備註：依健康狀況或所訂艙房類型，可能需要陪同人。

請在填寫本問卷前，務必閱讀《歌詩達郵輪 (Costa Cruises) 旅遊醫療資訊與相關規定》，該文件為歌詩達郵輪一般條款與細則 (T&C) 之重要組成部分。

本指南將協助您完整且正確地填寫本問卷。

本表格須與**「個人敏感資料處理同意書」**一併填妥並提交至歌詩達郵輪辦公室，且必須由旅客本人或其法定監護人完整填寫並簽名。

請注意：

本表格一次僅能為一位旅客填寫。

請務必以正楷大寫字母 (BLOCK CAPITAL letters) 或電腦打字填寫。

重要說明：

必須如實申報任何身體或精神狀況、殘疾、疾病，或任何需要醫療特殊安排、醫療設備 / 用品、或在航程中需要特別照護或協助的情況。若未如實申報，可能導致拒絕登船、或於航程中被要求下船或轉機離境。歌詩達郵輪可能要求提供醫療證明，以確認您適合旅行。詳情請參閱《一般條款與細則》。

若您正在接受醫療治療、患有可能需要船上醫療照護的疾病，或需要任何協助，請最遲於出發前 40 天或訂位時提供詳細資訊。

醫師聲明文件之開立日期不得早於出發日前 3 個月 (90 天)。

若在提交本表後，您的健康狀況或殘疾情形有所變更，請務必立即聯絡我們，於假期開始前更新最新資訊。

我們建議您隨身攜帶一份醫療紀錄副本 (例如：心電圖 EKG、用藥清單、臨床病歷等)，以便在旅途中如需醫療照護時提供參考。

請務必將所有必要藥物放入隨身手提行李中，且數量須足以應付整個航程。

我們強烈建議您投保涵蓋醫療緊急狀況的旅遊保險，包括必要時的醫療轉送 (撤離) 保障。

請注意，旅客需自行負責攜帶所有旅途中所需的藥品及 / 或醫療設備，船上醫療設施未必能提供相關物品；同時，旅客亦須依照個人醫師指示自行按時服用藥物。

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 13

個人資料當事人對敏感資料處理之同意書

如需了解更多關於隱私權政策的資訊，請參閱我們官網上的《隱私權文件》，或掃描此 QR Code。

本人（簽署人）.....，
 出生於.....（地點），日期.....，
 現居住於.....，
 本人已閱讀並理解資料控管者依據 GDPR（歐盟一般資料保護規則）第 13 條所提供之資訊，並特別知悉所進行的資料處理將涉及 GDPR 第 9 條所定義之「特殊類別個人資料（敏感資料）」：

本人同意為提供資訊說明文件中所述服務之必要目的，處理本人之敏感個人資料。

地點、日期.....
 簽名.....

本人同意將上述資料揭露予資訊說明文件中所列之相關第三方。

地點、日期.....
 簽名.....

未成年人或無行為能力成年人之父母 / 監護人同意聲明

本人（簽署人）.....，
 出生於.....（地點），日期.....，
 現居住於.....，
 本人以.....之父母 / 監護人身分，已閱讀並理解資料控管者依據 GDPR 第 13 條所提供之資訊，並特別知悉資料處理將涉及 GDPR 第 9 條所定義之「特殊類別個人資料（敏感資料）」：

本人 / 我們同意為提供資訊說明文件中所述服務之必要目的，處理屬於.....之敏感個人資料。

地點、日期.....
 簽名.....

本人 / 我們同意將上述資料揭露予資訊說明文件中所列之相關第三方。

地點、日期.....
 簽名.....

聲明確認

本人確認以上所提供之所有資料均為真實且正確。
 本人了解，若本人之情況於出發前有所變更，須於旅行前主動更新相關資料。
 本人已閱讀並理解隨附之《歌詩達郵輪（Costa Cruises）旅遊醫療資訊與相關規定》所有內容，並同意遵守旅行條款與條件。

地點、日期.....
 簽名.....

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 14

過敏 (Allergies)

➤ 您是否有任何食物過敏？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

若有，請參閱《歌詩達郵輪 (Costa Cruises) 旅遊醫療資訊與相關規定》第 5 節。
如為「是」，請勾選並說明以下過敏原：

- ☐ 含麩質之穀類 (例如：小麥、黑麥、大麥、燕麥、斯佩耳特小麥、卡姆小麥)
- ☐ 甲殼類 (例如：蝦、螃蟹、龍蝦)
- ☐ 軟體動物 (例如：蛤蜊、淡菜、海螺、牡蠣、蝸牛)
- ☐ 蛋
- ☐ 魚類
- ☐ 花生
- ☐ 大豆
- ☐ 牛奶 (包含乳糖)
- ☐ 堅果類 (例如：杏仁、榛果、核桃、腰果、碧根果、巴西果)
- ☐ 芹菜
- ☐ 芥末
- ☐ 芝麻
- ☐ 二氧化硫及亞硫酸鹽 (濃度超過 10 mg/kg 或 10 mg/公升)
- ☐ 羽扇豆
- ☐ 其他：.....

注意事項：

儘管在食品選擇與製作過程中已盡最大努力避免風險，仍無法完全排除交叉污染的可能性。

登船當日，請務必與餐廳領班 (Maître d') 溝通並告知您的飲食需求。

請務必隨身攜帶任何可能在誤觸或誤食過敏原時需要使用的藥物，例如 EpiPen (腎上腺素自動注射器)。

如發生過敏反應，請立即使用船上任何電話撥打醫療緊急專線 99。

➤ 您是否曾因過敏原而發生過「過敏性休克 (Anaphylaxis) 」？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

若是，請說明：

.....

➤ 您是否有任何環境或接觸性過敏 (例如：灰塵、清潔劑) ？

☐ 是 (YES) ☐ 否 (NO)

若是，請說明：

.....

若有，請參閱《歌詩達郵輪 (Costa Cruises) 旅遊醫療資訊與相關規定》第 5.3 節。

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 15

如對藥物有過敏反應，請於就醫時直接告知船上醫療中心人員您的過敏情況。

關於一般及特殊類別個人資料處理之隱私權聲明

依據 歐盟規則 (EU) 2016/679 (以下簡稱「GDPR」) 第 13 條，
Costa Crociere S.p.A. (以下亦稱「歌詩達郵輪」) 特此通知您：

您的個人資料，包括特殊類別的個人資料 (例如：您本人，或您作為父母 / 監護人所代表之人士的身體或精神健康狀況，如殘疾、疾病風險、病史、臨床治療、食物過敏等)，無論是您於訂位及 / 或購買旅遊套裝行程時直接提供，或是在航程相關過程中所取得之資料 (以下統稱「資料」)，皆將依據 GDPR 及適用之當地隱私權法規進行處理。

資料控管者 (Data Controller)

資料控管者為 Costa Crociere S.p.A.，
註冊地址：義大利熱那亞 (Genoa) Piccapietra 廣場 48 號。

資料保護長 (Data Protection Officer, DPO)

如需聯絡資料保護長 (DPO)，可透過以下方式：
電子郵件：privacy@costa.it

或郵寄至：Costa Crociere S.p.A., Piazza Piccapietra 48, Genoa, Italy。

資料處理之目的與法律依據

您的個人資料將基於以下目的進行處理：

- a) 為完成、管理及履行您與歌詩達郵輪之間的契約安排，包括依您要求提供額外的醫療保健及相關服務；
(法律依據：GDPR 第 6 條第 1 項 b 款，以及第 9 條第 2 項 a 款)
- b) 基於船上醫療資源有限及安全考量，評估您是否適合參加郵輪航程；
(法律依據：GDPR 第 6 條第 1 項 d 款，以及第 9 條第 2 項 a 款)
- c) 為遵循歐盟法規、適用之當地法律、法規與相關規定，以及主管機關所發布之命令；
(法律依據：GDPR 第 6 條第 1 項 c 款，以及第 9 條第 2 項 b 款)
- d) 為確認、行使及 / 或防禦歌詩達郵輪或第三方於司法程序中的法律權利；
(法律依據：GDPR 第 6 條第 1 項 f 款，以及第 9 條第 2 項 f 款)

提供資料之性質及拒絕提供之後果

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 16

資料提供之必要性

提供個人資料屬於必要行為，因為您的照護可能需要特定的醫療關注，且該等資料亦為履行航程契約所必需。若未提供相關資料，可能導致 歌詩達郵輪無法履行其契約義務，並 / 或造成您被拒絕登船。

個人資料接收者類別

您的個人資料僅會基於上述目的，揭露予下列類別之對象：

歌詩達郵輪之內部人員，且該等人員已獲明確授權得處理相關資料；

歌詩達郵輪之供應商及 / 或受許可經營者，於船上或岸上提供航程所需之相關服務者（例如：港口代理等）；

向歌詩達郵輪提供支援、協助或顧問服務之個人、公司、協會或專業機構（例如：會計師、醫師、律師、稅務顧問、稽核人員、審計或盡職調查顧問等）；

為歌詩達郵輪提供支援及 / 或服務之個人或公司（例如：資訊科技服務），以及 歌詩達郵輪之商業合作夥伴（例如：旅行社、航空公司、服務供應商）；

依法令、次級法規或主管機關之規定，有權存取您個人資料之機構或單位，包括各下船港口所在地之港務機關；

與歌詩達郵輪隸屬於同一企業集團之公司，無論其是否設於歐盟境內（包括嘉年華集團〔Carnival Group〕旗下公司）。

如需查閱已揭露您個人資料之完整對象名單，可透過以下方式向公司索取：
電子郵件：privacy@costa.it

或郵寄至：Costa Crociere S.p.A., Piazza Piccapietra 48, 16121 Genoa, Italy
收件人請註明：資料保護長（Data Protection Officer）。

個人資料移轉至歐盟以外地區

您的個人資料可能因上述目的，被移轉至歐盟境內或境外之第三方。

若資料被移轉至歐盟以外之國家，該等國家將依據 GDPR 第 45 條及後續條款，透過歐盟執委會之充分性決定（Adequacy Decision）提供適當的資料保護水準；或由資料接收方透過契約約定，確保其所提供之資料保護水準，與 GDPR 所要求之保護程度相當且充分。

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 17

特別說明：個人資料之移轉

特別說明的是，您的個人資料可能會被移轉，例如：

移轉至歌詩達郵輪所屬企業集團之公司，即使該等公司設於非歐盟國家（例如：美國）；

移轉至您郵輪航程的目的地國家；

移轉至各航程停靠港口之港務機關；

或依法令規定，或依據國際海事法公約等規定，必須接收個人資料之其他主管機關。

如需查詢個人資料被揭露或移轉之對象名單，可透過以下方式提出申請：

電子郵件：privacy@costa.it

郵寄地址：Costa Crociere S.p.A., Piazza Piccapietra 48, 16121 Genoa, Italy。

個人資料保存期限

個人資料僅會在達成蒐集及處理目的所需之期間內保存，且原則上不會超過必要期限。

您的個人資料將於您與歌詩達郵輪所締結之契約期間內保存，並於契約結束後，依下列情況延長保存：

依現行法律所規定之保存期間；

依法律（包含次級法規）要求必須保存資料之期間
（例如：稅務申報及相關紀錄）；

為保障資料控管者於提供服務相關爭議中之合法權利所必要之期間。

資料當事人權利

依據 GDPR 第 15 至 22 條，您於任何時間均享有以下權利：

- a) 查詢及存取您的個人資料；
- b) 要求更正您的個人資料；
- c) 隨時撤回您對個人資料之使用與揭露所給予的同意；
- d) 要求刪除您的個人資料；
- e) 以結構化、常用且機器可讀之格式取得您的個人資料，
並有權將該資料移轉至其他資料控管者；
- f) 反對將您的個人資料用於行銷或個人化分析（Profiling）之處理；
- g) 請求限制對您個人資料之處理；
- h) 向主管監督機關提出申訴；
- i) 於法律規定情況下，當發生個人資料外洩事件時，接收相關通知；
- j) 請求以下資訊：
 - i. 個人資料處理之目的；
 - ii. 個人資料之類別。

Costa Crociere S.p.A.	Sistema di Gestione Aziendale	Rev. 4	
Code P2.07.03 MAN.01 MO01	P2 CRUISE MANAGEMENT MANUAL MANUAL FOR GUESTS WITH PARTICULAR MEDICAL NEEDS	Date 30/01/2026	Pag. 18

iii. 個人資料已揭露或將揭露之接收者或接收者類別，
特別是當個人資料被傳送至第三國或國際組織時，
以及是否存在充分的保護措施；

iv. 個人資料之保存期間；

v. 當個人資料並非直接向資料當事人蒐集時，
有關該等資料來源的所有資訊。

您可透過以下方式行使上述權利，及 / 或取得有關個人資料處理的進一步資訊：

電子郵件：privacy@costa.it

郵寄地址：

Costa Crociere S.p.A.
Piazza Piccapietra 48
16121 Genoa, Italy
(收件人：資料保護長 Data Protection Officer)

For more information's, please refer to the 'Medical Information and Requirements for

Costa Cruises Travelling' on our Web page or scanning this QR code:

