

申請截止日
2024/5/10

0403 地震保戶關懷慰問金專案申請書

本人(即安聯人壽保戶)：_____身分證字號：_____特此聲明已充分瞭解專案內容，向 貴公司提出保戶關懷慰問金專案申請。

電匯：(限匯入申請人帳戶)

行庫名稱：_____銀行，分支行庫別：_____分行，

戶名(申請人)：_____，帳號：_____。

申請人資格證明文件檢核表

※特別說明：

- 每一申請人限申請一次保戶關懷慰問金。
- 每一申請人限申請一個項目的保戶關懷慰問金，以最高金額項目為主。

申請項目	說明	證明文件
1 <input type="checkbox"/> 身故保戶關懷慰問金	身故保戶每人 10 萬	1. 申請人身分證影本。 2. 醫療診斷書 或 住院證明書正本。
2 <input type="checkbox"/> 加護病房住院保戶關懷慰問金	加護病房住院保戶每人 6 萬	
3 <input type="checkbox"/> 一般住院病房保戶關懷慰問金	一般病房住院保戶每人 2 萬	

壽險業履行個人資料保護法告知書

安聯人壽保險公司(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、第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

- 蒐集之目的：(一)人身保險。(二)一八一其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
 - 蒐集之個人資料類別：(一)識別類(如姓名、性別、出生年月日、本籍、住址、電話、身分證統一編號)。(二)特種類(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)保險契約所需填載及保險契約變更申請所需填載之其他必要事項。
 - 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、資料交用之期間、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、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、業務委託外機構(四)方式：於法令規定之利用方式。(三)地區：上述對象所在地。
 - 依據個資法第三條規定，本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：(一)查詢、請求閱覽或請求給閱複本。(二)向本公司請求補充或更正。(三)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：書面。(相關申請單可洽客服專線 0800-007-668，並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理)。
 - 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、契約變更、遲延或無法辦理契約變更。
- ※履行本告知義務，不限取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力，本公司採告知書內容與保險契約相關文件合併列印方式保全履行告知義務之證明。

簽名欄

<p>※本人已詳閱「壽險業履行個人資料保護法告知書」，確實瞭解該告知內容之相關權益及注意事項</p>	
未滿7足歲/受監護宣告者，由法定代理人/監護人代為簽名	要、被保險人、年金受益人為未成年/有監護人或輔助人者，需其法定代理人/監護人/輔助人簽名
申請人簽名：	法定代理人/監護人/輔助人簽名：
行動電話：	行動電話：
申請日期：____年____月____日	申請日期：____年____月____日

服務人員專用欄

保險業務員/經紀人/代理人簽名：	業務員登錄字號/執業證號：
行動電話：	分行代號/代收區號：

【本申請書所有簽章部份應為當事人本人簽章，且簽名樣式應與原留存於本公司樣式相符，如有虛偽不符，簽章人應負法律上責任】

保戶服務部審核專用欄

--	--

