

安聯人壽檢舉案件表

被檢舉人資料			
姓 名		所 屬 部 室	
職 稱		工 作 內 容	
檢舉事件內容			
※請依事件發生之順序，就人、地、時、事、物等項目詳細描述事件經過			
檢舉事件內容具體事證			
※請檢附上述檢舉事件內容之具體佐證資料			
聲明及同意事項			
<p>1. 本人聲明本檢舉案件表所述之檢舉資訊及本人所提供之個人資料均屬實，若有不實而產生相關法律責任由本人自負。</p> <p>2. 本人聲明本函所檢附之證據皆屬合法取得，若有不法而產生相關法律責任由本人自負。</p> <p>3. 本人已閱讀個人資料蒐集、處理及利用告知事項並同意公司為調查本檢舉事件之目的必要範圍內得蒐集、處理與利用本人提供之個人資料。</p>			
檢舉人：_____（親簽）			
檢舉人身分證字號(非必填)：			
檢舉人聯絡電話：			
檢舉人聯絡地址：			
檢舉人 E-mail：			
中華民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日			

安聯人壽個人資料蒐集、處理及利用告知事項

安聯人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)第八條第一項規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、 蒐集之目的：檢舉案件處理相關事宜。

二、 蒐集之個人資料類別：

識別類、特徵類、社會情形、受僱情形、財務細節等，具體項目則如安聯人壽檢舉案件表及檢舉案件處理過程所提供之資訊。

三、 利用之期間、地區、對象及方式：

(一) 期間：本公司因執行業務所必須及依法令規定要求應為保存之期間。

(二) 對象：本公司或其他依法令受理通報或告發之處理機關。

(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。

四、 依據個資法第三條規定，您就本公司保有之個人資料，得行使之權利或方式：

(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：書面。

五、 您拒不提供個人資料所致權益之影響：

您得自由選擇是否提供相關個人資料，惟本人若未能提供所須相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之處理及調查作業，因此可能遲延或無法處理您所檢舉之案件。