

保單價值通知書申請表格

要保人基本資料		被保險人基本資料	
中文姓名：		中文姓名：	
身分證字號：		身分證字號：	
申請原因：			
保單號碼：			
保價通知書郵寄地址：			

◎ 基於個人資料保護法等法令對個人資料保護的規範，此項申請需請要、被保險人親自提出，謝謝！

要保人親簽： _____

被保險人親簽： _____

保戶聯絡電話： _____ 申請日期： _____

業務員簽名： _____

業務單位主管： _____

受理單位主管： _____

受理單位經辦： _____

個人資料蒐集處理及利用告知書

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：

一、**蒐集之目的：**(一)00一人身保險。(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。

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、本籍、住址、電話、身分證統一編號)。(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)保險契約所需填載及保險契約變更申請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、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、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、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：書面。

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、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。