

**臺銀人壽保險股份有限公司**  
**當事人請求停止蒐集、處理、利用及刪除個人資料申請書**

|   |  |                  |  |   |  |
|---|--|------------------|--|---|--|
| 申請日期： 年 月 日   |  |                  |  |   |  |
| 當事人姓名   |  | 身分證字號<br>(後 4 碼) |  | 簽名或<br>蓋章   |  |
| 法定代理人、監護人<br>或受託人姓名<br>(如非由當事人本人提出<br>申請者，請務必填寫，並<br>請提出委託書或授權書<br>及相關身分證明)                                 |  | 身分證字號<br>(後 4 碼) |  | 簽名或<br>蓋章   |  |
| 申請項目及內容<br>(請勾選)  | <input type="checkbox"/> 停止蒐集、處理或利用 請註明擬停止之項目及內容： _____<br>_____<br><input type="checkbox"/> 刪除 請註明刪除項目及內容： _____<br>_____ |                  |  |   |  |
| 聯繫方式<br>(通知處理結果之用)  | 地址： _____<br>電話： _____   |                  |  |   |  |
| <p><b>當事人聲明：上述所填資料均為真實，如有不實，願負法律責任。</b></p> <p>以上欄位由當事人填寫並簽章。(如由他人代為申請者，由代為申請人填寫並簽章)</p> <p>以下欄位由本公司填寫：</p> |  |                  |  |   |  |
| 受理日期： 年 月 日   |  | 當事人<br>身分查驗      |  | <input type="checkbox"/> 已查驗當事人身分證件無誤<br>(如由他人代為申請者，並應查驗代<br>為申請人之身分證件) |  |
| 受理人員及單位   |  |                  |  |   |  |
| 法定處理期限  | 年 月 日，必要時得延長至 年 月 日<br>(申請停止蒐集、處理、利用或刪除，應於受理日起 30 日內為准駁之決定，必要時得予<br>延長，但延長之期間不得逾 30 日)                                     |                  |  |   |  |

|                       |  |  |
|-----------------------|--|--|
| 審核                    | 業務主管單位<br>_____<br>(請填單位名稱)<br>(如准許申請，應<br>通知相關單位執<br>行)                   | 審核意見： <input type="checkbox"/> 本單位未保有此當事人之個人資料<br><br><input type="checkbox"/> 准許申請，理由：<br><br><input type="checkbox"/> 駁回申請，理由：<br><br><input type="checkbox"/> 須延長處理期間，理由：<br><br><div style="text-align: right;">單位主管簽核：_____</div> |
|                       | 會辦單位<br>(如有必要)   |  |
| 回復當事人/申請人<br>日期、方式及內容 | 業務主管單位已於 年 月 日以_____方式回復處理結果如下：<br>(駁回申請及延長處理期限應以書面方式回復，請將回復影本附於本申請書後一併留存) |  |