

繼承人聲明同意書

保險給付專用

我等茲以貴公司壽險（保單號碼：_____）所載被保

險人_____繼承人」身分，聲明同意有關本件保險契約之

身故

完全失能 保險金

醫療

其他 _____

全數委由

向 貴公司領取

依民法繼承編相關規定分配比例並分別給付予下列各繼承人

，決無異議，嗣後倘有其他繼承人再向貴公司要求給付上述保險金時，我等願將其應領之保險金，負連帶清償責任返還予貴公司。

此 致

臺銀人壽保險股份有限公司

聲明人姓名：

簽章

住 址：

身分證號碼：

聲明人姓名：

簽章

住 址：

身分證號碼：

聲明人姓名：

簽章

住 址：

身分證號碼：

聲明人姓名：

簽章

住 址：

身分證號碼：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：(1) 請附全戶戶口名簿或全戶戶籍謄本乙份

(2) 若委由一人領取請附所有聲明人之印鑑證明各乙份

(3) 各聲明人請審閱第 2 頁提供之「臺銀人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項」

臺銀人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項

臺銀人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:

- (一) 人身保險(00一)。
- (二) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。

二、蒐集之個人資料類別:

- (一) 姓名。
- (二) 出生年月日及身分證統一編號。
- (三) 地址及電話等聯絡方式。
- (四) 其他詳如理賠申請書等相關業務申請文件內容。

三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)。

- (一) 要保人。
- (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(分公司)、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人聯合信用卡中心、財團法人保險犯罪防制中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、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:以書面、電子郵件、傳真、電子文件。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用):

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、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。