

臺銀人壽保險股份有限公司

保險契約審閱期間確認聲明書

一、本人(即要保人，以下同)因投保貴公司(以下請填商品中文全名)

勾選	商品名稱	勾選	商品名稱
☐		☐	
☐		☐	
☐		☐	
☐		☐	
☐		☐	
☐		☐	

經☐業務人員親送 ☐傳真 ☐郵寄 ☐網路 ☐電子郵件(可複選)之方式取得保險契約條款樣張。

二、本人就上述保險契約條款樣張之審閱期間聲明如下：

☐本人於民國____年____月____日取得上述保險契約條款樣張並審閱至少三日。

☐其他：_____

此致

臺銀人壽保險股份有限公司

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

聲明日期：中華民國____年____月____日

.....
業務員確認此份聲明書係由要保人/法定代理人親自簽名無誤。

業務員/招攬之保險經紀人或保險代理人 簽名：_____

※審閱期間計算方式舉例說明如下：

假設取得保單條款樣張日期為9月1日(T日)；

則本聲明書聲明日期應為9月5日(含)以後【即聲明日期 $\geq$ T+4日】



* A 0 4 0 1 1 0 1 *

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)第六條第二項、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) 行銷(0四0)。
- (三) 金融服務業依法令規定及金融監理需要,所為之蒐集處理及利用(0五九)。
- (四) 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) 病歷、醫療、健康檢查。
- (五) 其他詳如要保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(分)公司及本公司海外分支機構、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、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、合作推廣台端保險契約之保險代理人/保險經紀人、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。

