

臺銀人壽保險股份有限公司

分期定期保險金指定給付方式申請書

保單號碼：_____

【如需申請多張保單號碼，請逐筆填寫】

申請日期：_____年_____月_____日

分期定期 給付開始日	受益人備齊本契約給付申領文件之日起第_____日 ※未填寫則以第1日辦理，最晚不得超過第15日 ※以最後一次申請為給付約定，且同時適用「身故保險金」及「完全失能保險金」	
保險金種類	受益人姓名	保險金分期定期給付比例/期間
身故保險金		一次給付_____ % 分期給付_____ % (<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 25年)
		一次給付_____ % 分期給付_____ % (<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 25年)
		一次給付_____ % 分期給付_____ % (<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 25年)
		一次給付_____ % 分期給付_____ % (<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 25年)
		一次給付_____ % 分期給付_____ % (<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 25年)
完全失能保險金	被保險人本人	一次給付_____ % 分期給付_____ % (<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 25年)

※約定分期定期給付之保險金受益人須與契變書所指定之保險金受益人相同。

※本指定僅適用於「身故保險金」(不含「喪葬費用保險金」)或「完全失能保險金」可分期定期給付商品之主契約(不及於附約)。若非可分期定期給付商品，雖於本欄位填寫，仍不生效力。

※符合本契約「身故保險金」(不含「喪葬費用保險金」)或「完全失能保險金」申領條件時，本公司以該保險金各受益人得受領之保險金乘以約定分期定期給付比例所得之金額為「指定保險金」，作為本公司分期定期給付每期應給付予受益人保險金之換算依據；且「一次給付」、「分期給付」二欄之比例總計應為100%。

茲向臺銀人壽保險股份有限公司申請變更保險契約內容如上，要保人、被保險人及法定代理人已詳閱本申請書告知事項之內容，確實了解貴公司對告知事項所作之完整說明。確認簽名如下：

要保人：_____ 被保險人：_____

如要/被保險人未滿七歲，由法定代理人代為簽名；七歲(含)以上但未成年者，由要保人/被保險人本人及法定代理人簽名

法定代理人：_____

法代身分證字號：_____

法定代理人出生日期：_____年_____月_____日 國籍：_____



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。

【113.05.02壽險契行字第1130740046號函備查】