

臺銀人壽保險股份有限公司
當事人請求補充及更正個人資料申請書

申請日期： 年 月 日					
當事人姓名		身分證字號 (後 4 碼)		簽名或 蓋章	
法定代理人、監護人 或受託人姓名 <small>(如非由當事人本人提出申請者，請務必填寫，並請提出委託書或授權書及相關身分證明)</small>		身分證字號 (後 4 碼)		簽名或 蓋章	
申請項目及內容 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 補充 請註明補充項目及內容： _____ _____ <input type="checkbox"/> 更正 請註明更正項目及內容： _____ _____				
聯繫方式 (通知處理結果之用)	地址： _____ 電話： _____				
<p>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。</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>					
以下欄位由本公司填寫：					
受理日期： 年 月 日			當事人 身分查驗	<input type="checkbox"/> 已查驗當事人身分證件無誤 <small>(如由他人代為申請者，並應查驗代為申請人之身分證件)</small>	
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 <small>(申請補充或更正，應於受理日起 30 日內為準駁之決定，必要時得予延長，但延長之期間不得逾 30 日)</small>				

審核	業務主管單位： _____ (請填單位名稱) (如准許申請，應 通知相關單位執 行)	審核意見： <input type="checkbox"/> 准許申請，理由： <input type="checkbox"/> 駁回申請，理由： <input type="checkbox"/> 須延長處理期間，理由： <div style="text-align: right;">單位主管簽核： _____</div>
	會辦單位 (如有必要)	
回復當事人/申請人日 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： (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)	