**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

□**身故**

□**完全失能**

□**醫療**

□**其他**

險人 繼承人」身分，聲明同意有關本件保險契約之 保險金

□**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：

1. **蒐集之目的：**
2. 人身保險（００一）。
3. 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）。
4. **蒐集之個人資料類別：**
5. 姓名。
6. 出生年月日及身分證統一編號。
7. 地址及電話等聯絡方式。
8. 其他詳如理賠申請書等相關業務申請文件內容。
9. **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）。**
10. 要保人。
11. 當事人之法定代理人、輔助人。
12. 各醫療院所。
13. 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。
14. **個人資料利用之期間、對象、地區、方式：**
15. 期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
16. 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。
17. 地區：上述對象所在之地區。
18. 方式：合於法令規定之利用方式。
19. **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：**
20. 得向本公司行使之權利：
21. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
22. 向本公司請求補充或更正。
23. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
24. 行使權利之方式：以書面、電子郵件、傳真、電子文件。
25. **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。