Allianz Taiwan Life Insurance Company Ltd. 110台北市信義區信義路五段100號5樓 服務專線: 0800 007 668





保險契約補正簽名確認書

1.申請項目

保單號碼	要保人	被保險人
補正簽名之立申請書人作	係本保險契約之(青勾選確認申請人)
□ 要保人姓名:		□ 法定代理人/監護人/輔助人姓名:
□ 被保險人姓名:		_
相關申請事項,概以變 二、本保險契約要保書上之 確認。	簽名補正如下, 更後之簽名為準 被保險人告知事」	爾後基於前揭保險契約對貴公司所得主張之權利及。 。 頁部分,確係與被保險人應告知之內容相符,特此 承認且接受自契約訂立至聲明日止之所有有關本保
險契約之效力及契約條	款之約定事項。	
此致		
安聯人壽保險股份有限公司申請人(一)身分證正面		申請人(一)身分證反面影本黏貼處
安聯人壽保險股份有限公司 申請人(一)身分證正面 若申請人未成年,請提供	身分證影本或	若申請人未成年,請提供身分證影本或
安聯人壽保險股份有限公司申請人(一)身分證正面	身分證影本或	
安聯人壽保險股份有限公司 申請人(一)身分證正面 若申請人未成年,請提供	身分證影本或 睪一)	若申請人未成年,請提供身分證影本或
安聯人壽保險股份有限公司 申請人(一)身分證正面 若申請人未成年,請提供	身分證影本或 睪一)	若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)
安聯人壽保險股份有限公司 申請人(一)身分證正面 若申請人未成年,請提供	身分證影本或 睪一) 申請人身分	若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)
安聯人壽保險股份有限公司 申請人(一)身分證正面若申請人未成年,請提供 戶口名簿影本(表	身分證影本或 睪一) 申請人身分 而影本黏貼處	若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一) 證影本黏貼處

※辦理時,請備齊 1.本確認書 2.申請人身分證影本 (並貼於確認書上)。 【請續填下頁事項,本申請書共 2 頁需同時送件,缺頁將不受理。】



安聯人壽保險公司(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、第八條第一項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、 蒐集之目的:

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

二、 蒐集之個人資料類別:

- (一) 識別類(例如姓名、性別、出生年月日、本籍、住址、電話、身分證統一編號)。
- (二) 特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。
- (三) 病歷、醫療、健康檢查。
- (四) 保險契約所需填載及保險契約變更申請所需填載之其他必要事項。

三、 個人資料之來源

- (一) 要保人、被保險人。
- (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、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、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:書面。(相關申請表單可洽客服專線 0800-007-668,並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。)

六、 台端不提供個人資料所致權益之影響:

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、契約變更、遲延或無法辦理契約變更。

%履行本告知義務,不限取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力,本公司採告知書內容與保險契約相關文件合 併列印方式保全履行告知義務之證明。

3. 簽名欄(簽名處不可塗改)※本人已詳閱「壽險業履行個人資料保護法告知書」、確實瞭解該告知內容之相關權益及注意事項。

	(若被保險人未申請辦理補正簽名樣式時,則可以免簽名。)		l
申請日期:年月日	申請日期:年月日	申請日期:年月日	
行動電話:	行動電話:	行動電話:	
			+
要保人簽名:	被保險人簽名:	法定代理人/監護人/輔助人簽名:	
未滿7足歲/受監護宣告者,	由法定代理人/監護人代為簽名	要、被保人為未成年/有監護人或輔助人者,需其法定代理人/監護人/輔助人簽名	

4.服務人員專用欄

保險業務員/經紀人/代理人簽名:	業務員登錄字號/執業證號:
	分行代號/代收區號:

【本申請書所有簽章部份應為當事人本人簽章,且簽名樣式應與原留存於本公司樣式相符,如有虛偽不符,簽章人應負法律上責任】

【本申請書共2頁需同時送件,缺頁將不受理。】



Allianz Taiwan Life Insurance Company Ltd. 110台北市信義區信義路五段100號5樓 服務專線: 0800 007 668





保險契約補正簽名確認書

米單號碼	要保人	被保險人
補正簽名之立申請書人任	係本保險契約之(請	勾選確認申請人)
□ 要保人姓名:		□ 法定代理人/監護人/輔助人姓名:
□ 被保險人姓名:		
茲同意下列事項,特此聲明	:	
•		後基於前揭保險契約對貴公司所得主張之權利及
相關申請事項,概以變 二、本保險契約要保書上之:	7,,	部分,確係與被保險人應告知之內容相符,特此
確認。		- W EMM WORK WAS BY CLASS IN 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14
		認且接受自契約訂立至聲明日止之所有有關本保
險契約之效力及契約條	款之約定事項。	
此致		
此致 安 聯人壽保險股份有限公司		
F聯人壽保險股份有限公司	드 및 사 禾니 라나	中连1(二)台八城石工以上利用卡
F聯人壽保險股份有限公司 申請人(一)身分證正面		申請人(一)身分證反面影本黏貼處 若申請人未成年,請提供身分證影本或
F聯人壽保險股份有限公司	身分證影本或	申請人(一)身分證反面影本黏貼處 若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)
字聯人壽保險股份有限公司 申請人(一)身分證正面 若申請人未成年,請提供	身分證影本或	若申請人未成年,請提供身分證影本或
字聯人壽保險股份有限公司 申請人(一)身分證正面 若申請人未成年,請提供	身分證影本或 睪一)	若申請人未成年,請提供身分證影本或
安聯人壽保險股份有限公司 申請人(一)身分證正面 若申請人未成年,請提供	身分證影本或 睪一)	若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)
安聯人壽保險股份有限公司 申請人(一)身分證正面 若申請人未成年,請提供	身分證影本或 睪一) 申請人身分言	若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)
安聯人壽保險股份有限公司 申請人(一)身分證正面 若申請人未成年,請提供 戶口名簿影本(表	身分證影本或 睪一) 申請人身分記 而影本黏貼處	若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一) 登影本黏貼處

※辦理時,請備齊1.本確認書2.申請人身分證影本(並貼於確認書上)。 【請續填下頁事項,本申請書共2頁需同時送件,缺頁將不受理。】



安聯人壽保險公司(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、第八條第一項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、 蒐集之目的:

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

二、 蒐集之個人資料類別:

- (一) 識別類(例如姓名、性別、出生年月日、本籍、住址、電話、身分證統一編號)。
- (二) 特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。
- (三) 病歷、醫療、健康檢查。
- (四) 保險契約所需填載及保險契約變更申請所需填載之其他必要事項。

三、 個人資料之來源

- (一) 要保人、被保險人。
- (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、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、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:書面。(相關申請表單可洽客服專線 0800-007-668,並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。)

六、 台端不提供個人資料所致權益之影響:

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、契約變更、遲延或無法辦理契約變更。

%履行本告知義務,不限取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力,本公司採告知書內容與保險契約相關文件合 併列印方式保全履行告知義務之證明。

3. 簽名欄(簽名處不可塗改)※本人已詳閱「壽險業履行個人資料保護法告知書」、確實瞭解該告知內容之相關權益及注意事項。

	(若被保險人未申請辦理補正簽名樣式時,則可以免簽名。)		l
申請日期:年月日	申請日期:年月日	申請日期:年月日	
行動電話:	行動電話:	行動電話:	
			+
要保人簽名:	被保險人簽名:	法定代理人/監護人/輔助人簽名:	
未滿7足歲/受監護宣告者,	由法定代理人/監護人代為簽名	要、被保人為未成年/有監護人或輔助人者,需其法定代理人/監護人/輔助人簽名	

4.服務人員專用欄

保險業務員/經紀人/代理人簽名:	業務員登錄字號/執業證號:
	分行代號/代收區號:

【本申請書所有簽章部份應為當事人本人簽章,且簽名樣式應與原留存於本公司樣式相符,如有虛偽不符,簽章人應負法律上責任】

【本申請書共2頁需同時送件,缺頁將不受理。】



Allianz Taiwan Life Insurance Company Ltd. 110台北市信義區信義路五段100號5樓 服務專線: 0800 007 668





保險契約補正簽名確認書

呆單號碼	要保人	被保險人
補正簽名之立日	申請書人係本保險契約之	(請勾選確認申請人)
□ 要保人姓名:		□ 法定代理人/監護人/輔助人姓名:
□ 被保險人姓名	:	
兹同意下列事項,		
		爾後基於前揭保險契約對貴公司所得主張之權利及
, , ,	,概以變更後之簽名為準 保書上之被保險人告知事	。 [項部分,確係與被保險人應告知之內容相符,特此
確認。		
		承認且接受自契約訂立至聲明日止之所有有關本保
險契約之效力	及契約條款之約定事項。	
.1		
此致		
	可限公司	÷
	可限公司	
安聯人壽保險股份有		中共 1 () 台 A 22 C T B/ L 云 DL 占
安聯人壽保險股份有	分證正面影本黏貼處	申請人(一)身分證反面影本黏貼處 若申請人未成年,請提供身分證影本或
安聯人壽保險股份有 申請人(一)身分 若申請人未成年		申請人(一)身分證反面影本黏貼處 若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)
安聯人壽保險股份有 申請人(一)身名 若申請人未成年	分證正面影本黏貼處 ,請提供身分證影本或	若申請人未成年,請提供身分證影本或
安聯人壽保險股份有 申請人(一)身分 若申請人未成年	分證正面影本黏貼處 ,請提供身分證影本或 簿影本(擇一)	若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)
安聯人壽保險股份有申請人(一)身然若申請人未成年	分證正面影本黏貼處 ,請提供身分證影本或 簿影本(擇一)	若申請人未成年,請提供身分證影本或
安聯人壽保險股份有申請人(一)身分若申請人未成年	分證正面影本黏貼處 ,請提供身分證影本或 簿影本(擇一)	若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)
安聯人壽保險股份有申請人(一)身然若申請人未成年戶口名	分證正面影本黏貼處 ,請提供身分證影本或 簿影本(擇一)	若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)
安聯人壽保險股份有申請人(一)身然 申請人(二) 身然 申請人(二) 身然 若申請人未成年	分證正面影本黏貼處 ,請提供身分證影本或 簿影本(擇一)	若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一) 分證影本黏貼處

※辦理時,請備齊1.本確認書2.申請人身分證影本(並貼於確認書上)。 【請續填下頁事項,本申請書共2頁需同時送件,缺頁將不受理。】



安聯人壽保險公司(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、第八條第一項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、 蒐集之目的:

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

二、 蒐集之個人資料類別:

- (一) 識別類(例如姓名、性別、出生年月日、本籍、住址、電話、身分證統一編號)。
- (二) 特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。
- (三) 病歷、醫療、健康檢查。
- (四) 保險契約所需填載及保險契約變更申請所需填載之其他必要事項。

三、 個人資料之來源

- (一) 要保人、被保險人。
- (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、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、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:書面。(相關申請表單可洽客服專線 0800-007-668,並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。)

六、 台端不提供個人資料所致權益之影響:

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、契約變更、遲延或無法辦理契約變更。

%履行本告知義務,不限取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力,本公司採告知書內容與保險契約相關文件合 併列印方式保全履行告知義務之證明。

3. 簽名欄(簽名處不可塗改)※本人已詳閱「壽險業履行個人資料保護法告知書」、確實瞭解該告知內容之相關權益及注意事項。

	(若被保險人未申請辦理補正簽名樣式時,則可以免簽名。)		l
申請日期:年月日	申請日期:年月日	申請日期:年月日	
行動電話:	行動電話:	行動電話:	
			+
要保人簽名:	被保險人簽名:	法定代理人/監護人/輔助人簽名:	
未滿7足歲/受監護宣告者,	由法定代理人/監護人代為簽名	要、被保人為未成年/有監護人或輔助人者,需其法定代理人/監護人/輔助人簽名	

4.服務人員專用欄

保險業務員/經紀人/代理人簽名:	業務員登錄字號/執業證號:
	分行代號/代收區號:

【本申請書所有簽章部份應為當事人本人簽章,且簽名樣式應與原留存於本公司樣式相符,如有虛偽不符,簽章人應負法律上責任】

【本申請書共2頁需同時送件,缺頁將不受理。】



Allianz Taiwan Life Insurance Company Ltd. 110台北市信義區信義路五段100號5樓 服務專線: 0800 007 668





保險契約補正簽名確認書

		要保人	;	被保險人	
補正簽名≥	· 立申請書人係本	、保險契約之(請	· 勾選確認申請人)		
□ 要保人姓名	<u> </u>		□ 法定代理人/監護人/輔助	人姓名:	
□ 被保險人如	生名:				
一、本保險契 相關申請 二、本保險契 確認。	事項,概以變更行 的要保書上之被任	後之簽名為準。 呆險人告知事項	部分,確係與被保	以險人應告	·司所得主張之權利及 知之內容相符,特此 日止之所有有關本保
險契約之	效力及契約條款之	之約定事項。			
此致					
安聯人壽保險服	:份有限公司 				
)身分證正面影 成年,請提供身分 口名簿影本(擇一	分證影本或	若申請人未	成年,請	反面影本黏 貼處 是供身分證影本或
户			P	口名簿影	本(擇一)
Þ			證影本黏貼處	口名薄影:	本(擇一)

※辦理時,請備齊1.本確認書2.申請人身分證影本(並貼於確認書上)。 【請續填下頁事項,本申請書共2頁需同時送件,缺頁將不受理。】



安聯人壽保險公司(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、第八條第一項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、 蒐集之目的:

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

二、 蒐集之個人資料類別:

- (一) 識別類(例如姓名、性別、出生年月日、本籍、住址、電話、身分證統一編號)。
- (二) 特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。
- (三) 病歷、醫療、健康檢查。
- (四) 保險契約所需填載及保險契約變更申請所需填載之其他必要事項。

三、 個人資料之來源

- (一) 要保人、被保險人。
- (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、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、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:書面。(相關申請表單可洽客服專線 0800-007-668,並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。)

六、 台端不提供個人資料所致權益之影響:

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、契約變更、遲延或無法辦理契約變更。

%履行本告知義務,不限取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力,本公司採告知書內容與保險契約相關文件合 併列印方式保全履行告知義務之證明。

3. 簽名欄(簽名處不可塗改)※本人已詳閱「壽險業履行個人資料保護法告知書」、確實瞭解該告知內容之相關權益及注意事項。

	(若被保險人未申請辦理補正簽名樣式時,則可以免簽名。)		l
申請日期:年月日	申請日期:年月日	申請日期:年月日	
行動電話:	行動電話:	行動電話:	
			+
要保人簽名:	被保險人簽名:	法定代理人/監護人/輔助人簽名:	
未滿7足歲/受監護宣告者,	由法定代理人/監護人代為簽名	要、被保人為未成年/有監護人或輔助人者,需其法定代理人/監護人/輔助人簽名	

4.服務人員專用欄

保險業務員/經紀人/代理人簽名:	業務員登錄字號/執業證號:
	分行代號/代收區號:

【本申請書所有簽章部份應為當事人本人簽章,且簽名樣式應與原留存於本公司樣式相符,如有虛偽不符,簽章人應負法律上責任】

【本申請書共2頁需同時送件,缺頁將不受理。】



Allianz Taiwan Life Insurance Company Ltd. 110台北市信義區信義路五段100號5樓 服務專線: 0800 007 668





保險契約補正簽名確認書

1.申請項目

保單號碼	要保人	被保險人
補正簽名之立申請書人係	《本保險契約之(請	青勾選確認申請人)
□ 要保人姓名:		□ 法定代理人/監護人/輔助人姓名:
□ 被保險人姓名:		
相關申請事項,概以變 二、本保險契約要保書上之 確認。	簽名補正如下,爾 更後之簽名為準。 被保險人告知事項	了後基於前揭保險契約對貴公司所得主張之權利及 頁部分,確係與被保險人應告知之內容相符,特此 以認且接受自契約訂立至聲明日止之所有有關本保
险契約之效力及契約條	款之約定事項。	
此致		
安聯人壽保險股份有限公司		
	· 影 未 悉 肚 虐	由 持 人 (一) 自 公 裕 石 而 影 木 愁 眺 虚
安聯人壽保險股份有限公司 申請人(一)身分證正面 若申請人未成年,請提供		申請人(一)身分證反面影本黏貼處 若申請人未成年,請提供身分證影本或
申請人(一)身分證正面	身分證影本或	
申請人(一)身分證正面若申請人未成年,請提供	身分證影本或 星一)	若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)
申請人(一)身分證正面若申請人未成年,請提供	身分證影本或 星一)	若申請人未成年,請提供身分證影本或
申請人(一)身分證正面若申請人未成年,請提供戶口名簿影本(擇	身分證影本或 是一) 申請人身分	若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一) 證影本黏貼處
申請人(一)身分證正面若申請人未成年,請提供	身分證影本或 是一) 申請人身分 『影本黏貼處	若申請人未成年,請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)

※辦理時,請備齊 1.本確認書 2.申請人身分證影本 (並貼於確認書上)。 【請續填下頁事項,本申請書共 2 頁需同時送件,缺頁將不受理。】



安聯人壽保險公司(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、第八條第一項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、 蒐集之目的:

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

二、 蒐集之個人資料類別:

- (一) 識別類(例如姓名、性別、出生年月日、本籍、住址、電話、身分證統一編號)。
- (二) 特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。
- (三) 病歷、醫療、健康檢查。
- (四) 保險契約所需填載及保險契約變更申請所需填載之其他必要事項。

三、 個人資料之來源

- (一) 要保人、被保險人。
- (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、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、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:書面。(相關申請表單可洽客服專線 0800-007-668,並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。)

六、 台端不提供個人資料所致權益之影響:

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、契約變更、遲延或無法辦理契約變更。

%履行本告知義務,不限取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力,本公司採告知書內容與保險契約相關文件合 併列印方式保全履行告知義務之證明。

3. 簽名欄(簽名處不可塗改)※本人已詳閱「壽險業履行個人資料保護法告知書」、確實瞭解該告知內容之相關權益及注意事項。

		(若被保險人未申請辦理補正簽名樣式時,則可以免簽名。)		
	申請日期:年月日	申請日期:	申請日期:年月日	1
j	行動電話:	行動電話:	行動電話:	Ī
				+
				Ī
ľ	要保人簽名:	被保險人簽名:	法定代理人/監護人/輔助人簽名:]
Ī			要、被保人為未成年/有監護人或輔助人者,需其法定代理人/監護人/輔助人簽名	1

4.服務人員專用欄

保險業務員/經紀人/代理人簽名:	業務員登錄字號/執業證號:	
送件人員行動電話:	分行代號/代收區號:	

【本申請書所有簽章部份應為當事人本人簽章,且簽名樣式應與原留存於本公司樣式相符,如有虛偽不符,簽章人應負法律上責任】

【本申請書共2頁需同時送件,缺頁將不受理。】



Allianz Taiwan Life Insurance Company Ltd. 110台北市信義區信義路五段100號5樓 服務專線: 0800 007 668





保險契約補正簽名確認書

		要保人		被保險人	
補正簽名≥	·立申請書人係本	、保險契約之(訂	青勾選確認申請人)		
□ 要保人姓名	<u> </u>		□ 法定代理人/監護人/輔助	1人姓名:	
□ 被保險人如	L名:				
一、本保險契 相關申請 二、本保險契 確認。	事項,概以變更2 約要保書上之被6	後之簽名為準。 呆險人告知事項	頁部分,確係與被係	保險人應告	·司所得主張之權利及 知之內容相符,特此 日止之所有有關本保
險契約之	效力及契約條款=	之約定事項。			
此致					
安聯人壽保險服	:份有限公司 				
)身分證正面影 成年,請提供身? 口名簿影本(擇一	分證影本或	若申請人未	成年,請	反面影本黏貼處 ^{提供身分證影本或}
É			P	口名簿影	本(擇一)
ŕ			證影本黏貼處	口名簿影;	本(擇一)

※辦理時,請備齊1.本確認書2.申請人身分證影本(並貼於確認書上)。 【請續填下頁事項,本申請書共2頁需同時送件,缺頁將不受理。】



安聯人壽保險公司(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、第八條第一項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、 蒐集之目的:

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

二、 蒐集之個人資料類別:

- (一) 識別類(例如姓名、性別、出生年月日、本籍、住址、電話、身分證統一編號)。
- (二) 特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。
- (三) 病歷、醫療、健康檢查。
- (四) 保險契約所需填載及保險契約變更申請所需填載之其他必要事項。

三、 個人資料之來源

- (一) 要保人、被保險人。
- (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、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、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:書面。(相關申請表單可洽客服專線 0800-007-668,並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。)

六、 台端不提供個人資料所致權益之影響:

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、契約變更、遲延或無法辦理契約變更。

%履行本告知義務,不限取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力,本公司採告知書內容與保險契約相關文件合 併列印方式保全履行告知義務之證明。

3. 簽名欄(簽名處不可塗改)※本人已詳閱「壽險業履行個人資料保護法告知書」、確實瞭解該告知內容之相關權益及注意事項。

		(若被保險人未申請辦理補正簽名樣式時,則可以免簽名。)		
	申請日期:年月日	申請日期:	申請日期:年月日	1
j	行動電話:	行動電話:	行動電話:	Ī
				+
				Ī
ľ	要保人簽名:	被保險人簽名:	法定代理人/監護人/輔助人簽名:]
Ī			要、被保人為未成年/有監護人或輔助人者,需其法定代理人/監護人/輔助人簽名	1

4.服務人員專用欄

保險業務員/經紀人/代理人簽名:	業務員登錄字號/執業證號:	
送件人員行動電話:	分行代號/代收區號:	

【本申請書所有簽章部份應為當事人本人簽章,且簽名樣式應與原留存於本公司樣式相符,如有虛偽不符,簽章人應負法律上責任】

【本申請書共2頁需同時送件,缺頁將不受理。】

