

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： 一、本保險契約要保書上之簽名補正如下，爾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，概以變更後之簽名為準。 二、本保險契約要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。 三、同意本保險契約之一切權利與義務，並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)		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)
申請人身分證影本黏貼處		
申請人(二)身分證正面影本黏貼處 若申請人未成年，請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)		申請人(二)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)

※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。】



PH01011101

PH01011101

2. 壽險業履行個人資料保護法告知書

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— 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。

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
要保人簽名：	被保險人簽名：	法定代理人/監護人/輔助人簽名：
行動電話：	行動電話：	行動電話：
申請日期：____年____月____日	申請日期：____年____月____日	申請日期：____年____月____日
(若被保險人未申請辦理補正簽名樣式時，則可以免簽名。)		

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：
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。】



PH01011102

PH01011102

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： 一、本保險契約要保書上之簽名補正如下，爾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，概以變更後之簽名為準。 二、本保險契約要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。 三、同意本保險契約之一切權利與義務，並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)		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)
申請人身分證影本黏貼處		
申請人(二)身分證正面影本黏貼處 若申請人未成年，請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)		申請人(二)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)

※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。】



PH01011101

PH01011101

2. 壽險業履行個人資料保護法告知書

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— 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。

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
要保人簽名：	被保險人簽名：	法定代理人/監護人/輔助人簽名：
行動電話：	行動電話：	行動電話：
申請日期：____年____月____日	申請日期：____年____月____日	申請日期：____年____月____日
(若被保險人未申請辦理補正簽名樣式時，則可以免簽名。)		

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：
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。】



PH01011102

PH01011102



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：

- 一、本保險契約要保書上之簽名補正如下，爾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，概以變更後之簽名為準。
- 二、本保險契約要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。
- 三、同意本保險契約之一切權利與義務，並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)

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)

申請人身分證影本黏貼處

申請人(二)身分證正面影本黏貼處
若申請人未成年，請提供身分證影本或
戶口名簿影本(擇一)

申請人(二)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)

※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。】



PH01011101

2. 壽險業履行個人資料保護法告知書

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— 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。

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
要保人簽名：	被保險人簽名：	法定代理人/監護人/輔助人簽名：
行動電話：	行動電話：	行動電話：
申請日期：____年____月____日	申請日期：____年____月____日	申請日期：____年____月____日
(若被保險人未申請辦理補正簽名樣式時，則可以免簽名。)		

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：
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。】



PH01011102

PH01011102

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： 一、本保險契約要保書上之簽名補正如下，爾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，概以變更後之簽名為準。 二、本保險契約要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。 三、同意本保險契約之一切權利與義務，並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)			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)		
申請人身分證影本黏貼處					
申請人(二)身分證正面影本黏貼處 若申請人未成年，請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)			申請人(二)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)		

※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。】



PH01011101

PH01011101

2. 壽險業履行個人資料保護法告知書

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— 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。

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
要保人簽名：	被保險人簽名：	法定代理人/監護人/輔助人簽名：
行動電話：	行動電話：	行動電話：
申請日期：____年____月____日	申請日期：____年____月____日	申請日期：____年____月____日
(若被保險人未申請辦理補正簽名樣式時，則可以免簽名。)		

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：
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。】



PH01011102

PH01011102

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： 一、本保險契約要保書上之簽名補正如下，爾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，概以變更後之簽名為準。 二、本保險契約要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。 三、同意本保險契約之一切權利與義務，並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)		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)
申請人身分證影本黏貼處		
申請人(二)身分證正面影本黏貼處 若申請人未成年，請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)		申請人(二)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)

※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。】



PH01011101

PH01011101

2. 壽險業履行個人資料保護法告知書

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— 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。

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
要保人簽名：	被保險人簽名：	法定代理人/監護人/輔助人簽名：
行動電話：	行動電話：	行動電話：
申請日期：____年____月____日	申請日期：____年____月____日	申請日期：____年____月____日
(若被保險人未申請辦理補正簽名樣式時，則可以免簽名。)		

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：
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。】



PH01011102

PH01011102

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： 一、本保險契約要保書上之簽名補正如下，爾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，概以變更後之簽名為準。 二、本保險契約要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。 三、同意本保險契約之一切權利與義務，並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)		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)
申請人身分證影本黏貼處		
申請人(二)身分證正面影本黏貼處 若申請人未成年，請提供身分證影本或 戶口名簿影本(擇一)		申請人(二)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)

※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。】



PH01011101

PH01011101

2. 壽險業履行個人資料保護法告知書

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— 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。

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
要保人簽名：	被保險人簽名：	法定代理人/監護人/輔助人簽名：
行動電話：	行動電話：	行動電話：
申請日期：____年____月____日	申請日期：____年____月____日	申請日期：____年____月____日
(若被保險人未申請辦理補正簽名樣式時，則可以免簽名。)		

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：
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。】



PH01011102

PH01011102