



保險單補發專用申請書(原保單即聲明作廢)

| 保單號碼 | 要保人 | 被保險人 |
|------|-----|------|
|------|-----|------|

1.選擇保險單型式【須同時檢附製單工本費之繳款憑證】

| 申請                                                                                                                                                                                                                                                              | 保險單型式                       | 製單工本費     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                        | 同意申請紙本保單。                   | 新台幣 150 元 |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                        | 同意申請電子保單。 ※申請電子保單請同時約定行動電話。 | 新台幣 100 元 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | 要保人行動電話：                    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | 要保人電子郵件信箱：                  |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | (數字 0 請寫 〇，英文字母請以大寫書寫)      |           |
| <p><b>為維護您的權益，請注意下列重要事項：</b></p> <p>一、要保人為法人、未成年人、受監護宣告者，不得選擇電子保單。</p> <p>二、電子保單發單時會以簡訊與電子郵件通知，請務必依據通知內容或登入安聯人壽數位工具「安聯 e 網通」<a href="https://es.allianz.com.tw/customer/myallianz">https://es.allianz.com.tw/customer/myallianz</a> 下載電子保單並詳加閱讀瞭解契約條款及商品內容。</p> |                             |           |

2.製單工本費繳款資訊【新契約投保選擇「電子化保險契約條款保單」或「電子保單」者，首次補發「紙本保單」時，該次免收製單工本費。】

| 金融機構名稱     | 匯款帳號           | 匯款戶名         |
|------------|----------------|--------------|
| 華南商業銀行敦化分行 | 130-10-0007182 | 安聯人壽保險股份有限公司 |
| 郵局         | 18554910       | 安聯人壽保險股份有限公司 |

3.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：

- 蒐集之目的：(一)〇〇一人身保險。(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。
  - 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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。)
  - 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。

4.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、被保險人為未成年/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                   |

5.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：  
送件人員行動電話：

【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】



PH15011101

PH15011101

保險單補發專用申請書 111.10



保險單補發專用申請書(原保單即聲明作廢)

| 保單號碼 | 要保人 | 被保險人 |
|------|-----|------|
|------|-----|------|

1.選擇保險單型式【須同時檢附製單工本費之繳款憑證】

| 申請                                                                                                                                                                                                                                                              | 保險單型式                       | 製單工本費     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                        | 同意申請紙本保單。                   | 新台幣 150 元 |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                        | 同意申請電子保單。 ※申請電子保單請同時約定行動電話。 | 新台幣 100 元 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | 要保人行動電話：                    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | 要保人電子郵件信箱：                  |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 | (數字 0 請寫 〇，英文字母請以大寫書寫)      |           |
| <p><b>為維護您的權益，請注意下列重要事項：</b></p> <p>一、要保人為法人、未成年人、受監護宣告者，不得選擇電子保單。</p> <p>二、電子保單發單時會以簡訊與電子郵件通知，請務必依據通知內容或登入安聯人壽數位工具「安聯 e 網通」<a href="https://es.allianz.com.tw/customer/myallianz">https://es.allianz.com.tw/customer/myallianz</a> 下載電子保單並詳加閱讀瞭解契約條款及商品內容。</p> |                             |           |

2.製單工本費繳款資訊【新契約投保選擇「電子化保險契約條款保單」或「電子保單」者，首次補發「紙本保單」時，該次免收製單工本費。】

| 金融機構名稱     | 匯款帳號           | 匯款戶名         |
|------------|----------------|--------------|
| 華南商業銀行敦化分行 | 130-10-0007182 | 安聯人壽保險股份有限公司 |
| 郵局         | 18554910       | 安聯人壽保險股份有限公司 |

3.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：

- 蒐集之目的：(一)〇〇一人身保險。(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。
  - 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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。)
  - 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。

4.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、被保險人為未成年/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                   |

5.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：       |
| 送件人員行動電話：        |

【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】

