

# 台灣人壽保險股份有限公司

## 保障期間被保險人名冊

簽約客戶欄	合約編號	客戶代號	台灣人壽受理
	<input type="checkbox"/> 公費-月結 <input type="checkbox"/> 公費-單次請款 <input type="checkbox"/> 自費-單次繳費 經辦人： 傳真：( )		

<b>要保人暨要保事項</b>  <b>※要保人已知悉並授權及同意本名冊所載之聲明同意事項</b>	身分證字號 統一編號	要保人(單位)/ 集體發單件代理人		保單號碼		
	國籍 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍	出生日期	民國 年 月 日	與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 團體成員： <input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 團體成員之眷屬： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女	
	保險期間	自民國 年 月 日 時(0-24時)起；共計 日(以台灣標準時間為準)				
	目的地	<input type="checkbox"/> 國內： <input type="checkbox"/> 申報國家 <input type="checkbox"/> 其它：		出發地	限台灣地區(包括中華民國政府管轄之各島嶼)	
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同團體新旅行平安保險要保書所載 <input type="checkbox"/> 指定： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	行動電話/聯絡電話	E-mail				

被保險人暨投保金額及受益人：【詳名冊，被保險人人數總計 人】 (幣別：新台幣)  
 ※被保險人已知悉並授權及同意本名冊所載之聲明同意事項

被保險人				保險金額			身故保險金或喪葬費用保險金受益人 (以被保險人家屬或法定繼承人為限)
身分證/護照/居留證號碼	姓名及簽署	出生日期 (民國年月日)	目前是否受有監護宣告(註2)	法定代理人 (被保險人為未成年人或受監護宣告尚未撤銷者，請填寫)	意外身故暨失能(註3)	意外傷害醫療醫療限額	海外突發疾病醫療限額
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	關係 姓名及簽署 身分證字號 出生日期(民國) 國籍(註1)	萬元	萬元	萬元
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	關係 姓名及簽署 身分證字號 出生日期(民國) 國籍(註1)	萬元	萬元	萬元
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	關係 姓名及簽署 身分證字號 出生日期(民國) 國籍(註1)	萬元	萬元	萬元
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	關係 姓名及簽署 身分證字號 出生日期(民國) 國籍(註1)	萬元	萬元	萬元

身故保險金或喪葬費用保險金受益人(以被保險人家屬或法定繼承人為限)  
被保險人之法定繼承人  
如下表(電話及地址) 同要保人 不同意填寫

※被保險人是否已投保其他旅平險(未投保者免填)?投保 家，共 萬元  
 ※『蒐集、處理及利用個人資料告知書』詳次頁說明。

保險費總計：  
(台灣人壽填寫) 元

- 註1. 本國人士，免填國籍欄位。  
 2. 被保險人目前是否受有監護宣告？如勾選是者，請提供相關證明文件。  
 3. 訂立本契約時，以未滿十五足歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五足歲之日起發生效力。  
 訂立本契約時，以受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，其身故保險金均變更為喪葬費用保險金。  
 前項被保險人於民國九十九年二月三日(含)以後所投保之喪葬費用保險金額總和(不限本公司)，不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。  
 4. 身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。  
 5. 倘受益人指定一個人以上，除特別指定比例或順位外，由該項保險金之所有受益人平均分配。

<b>要保人及被保險人聲明同意事項</b> 1. 本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。 2. 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。 3. 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。	要保人(單位) 代理人 簽署：  申請日期：中華民國 年 月 日  ※要保人為未成年人，請法定代理人一併簽署。 並提供身分證字號 出生日期 關係(本國人免填) 要保人同意事項：要保人委託代理人向貴公司辦理各項投保事宜。 代理人聲明事項：本代表人聲明代理要保人向貴公司辦理各項投保事宜。 要保文件須影印乙份給各要保人保存。	台灣人壽審核欄



## 台灣人壽保險股份有限公司 蒐集、處理及利用個人資料告知書

台灣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)第六條第二項、第八條第一項(間接蒐集者為個資法第九條第一項)規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

### 一、蒐集之目的:

(一)人身保險(00一)

(二)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)

二、蒐集之個人資料類別:要保人、被保險人、受益人、其他關係人之姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶、保單號碼、保單細節及本公司各類業務所需文件、表單或申請書內容,及被保險人之病歷、醫療、健康檢查等個人資料。

### 三、個人資料之來源:

(一)要(被)保人。

(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:執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。

(二)對象:本(分)公司及本公司海外分支機構、合作推廣公司、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、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保險業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關、財團法人保險犯罪防制中心、海外急難救助公司。

(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:以書面或撥打本公司 0800-099850 或(02)81705156 客服專線方式。

### 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、遲延或無法提供 台端完善的人身保險及其他經主管機關核准之服務。