

中國人壽保險股份有限公司 癌症診療再諮詢服務申請書

*本文件影本之效力與正本相同

| | | |
|-----------|----------|---|
| 被保險人姓名： | 身分證統一編號： | 出生年月日： |
| | 聯絡電話： | (聯絡人姓名：) |
| 希望諮詢日期時段： | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 |

蒐集、處理及利用個人資料告知暨同意書

中國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)第八條第一項規定，向 台端(即本申請書之被保險人及法定代理人或輔助人)告知下列事項，請 台端詳閱：

- 一、 蒐集之目的：(一)人身保險(〇〇一)。(二) 消費者、客戶管理與服務(〇九〇)。
- 二、 蒐集之個人資料類別：被保險人姓名、身分證統一編號、出生年月日、聯絡電話等，詳如癌症診療再諮詢申請書。
- 三、 個人資料利用之期間、地區、對象、方式：(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定為保存之期間。(二)對象：本公司、醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院、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。
- 四、 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下列權利及方式：(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。
- 五、 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、遲延或無法提供 台端癌症診療再諮詢相關服務。

申請人之同意事項：

- 一、 本人(即本申請書之被保險人及法定代理人或輔助人)已詳閱上開告知事項，並同意中國人壽保險股份有限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。
- 二、 本人(即本申請書之被保險人及法定代理人或輔助人)同意中國人壽保險股份有限公司將本癌症診療再諮詢服務申請書上所载本人資料轉送醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院，並同意醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院查詢本癌症診療再諮詢服務申請書上所载本人資料以作為受理本人醫療服務預約申請時之審核參考。

申請人：_____ (簽章)

法定代理人/輔助人：_____ (簽章)

| | |
|---|--|
| 申請人(被保險人)：_____ (簽章) 法定代理人/輔助人：_____ (簽章) 申請日期：_____年_____月_____日 | 說明事項： 1. 以上填妥各項資料並簽名完成後，請傳真至中國人壽並來電告知。 TEL：0800-098-889；FAX：02-6601-5763 2. 和信醫院報到地點：1樓初診櫃台。 TEL：02-2897-0011 轉 3975；FAX：02-66030726 |
|---|--|

審核欄位【保戶請勿填寫】

| 和信治癌中心醫院填寫確認欄位 | 中國人壽審核欄位 |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 保戶是否依約諮詢：<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 ● 諮詢完成日期：_____年_____月_____日 | 地區代碼 <input type="checkbox"/> 01 \$1,000 <input type="checkbox"/> 02 \$2,000 <input type="checkbox"/> 03 \$3,000 |
| 人員簽證： | 審核人員： |