

首期保費付款人聲明書

請記得填寫付款人資料！

付款人資料

付款人姓名： 許○祥 / 聯絡電話： 0911-***111

身分證字號/統一編號
(居留證號/護照號碼) : A 1 * * * * 7 8 9

出生日期(民國)： 060 年 01 月 01 日 / 國籍： 中華民國 其他 _____

保單號碼/行動投保確認書序號	付款人身份
B12***78	付款人身份： <input checked="" type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 或要/被保人之： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女
82****22	付款人身份： <input type="checkbox"/> 要保人 <input checked="" type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 或要/被保人之： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女
AP12****7890	付款人身份： <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 或要/被保人之： <input checked="" type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女

蒐集、處理及利用個人資料告知書

中國人壽依據個人資料保護法(以下簡稱「個資法」)第 17 條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

(1) 蒐集之目的：(0) 保險契約之辦識者 2. 特徵類：(C011) 個人描述 3. 社會狀況：(C012) 保險細節 (C088) 保險細節 5. 健康與其他：(C132) 未分類之資料。

(2) 蒐集之個人資料：(0) 保險契約之辦識者 2. 特徵類：(C011) 個人描述 3. 社會狀況：(C012) 保險細節 (C088) 保險細節 5. 健康與其他：(C132) 未分類之資料。

(3) 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應為保存之期間。(二) 對象：中國人壽及中國人壽海外分支機構、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、財團法人保險安定基金、財團法人保險犯罪防治中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、通匯行、業務委外機構、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者、中國人壽合作推廣或共同行銷之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。(三) 地區：上開利用 台端個人資料各對象之所在地(四) 方式：合於法令規定之利用方式。

(4) 依據個資法第三條規定，台端就中國人壽保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：(一) 得向中國人壽行使之權利 1. 向中國人壽查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2. 向中國人壽請求補充或更正。3. 向中國人壽請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二) 行使權利之方式：書面。

(5) 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，中國人壽將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，致遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

請記得填寫並打勾付款人身份！

付款人： 許○祥 (簽章)

法定代理人： _____
(付款人如未滿 20 歲，需請法定代理人一併簽章)

請記得簽名！

中 華 民 國 109 年 03 月 01 日

業務單位/ 經攬區號	業務人員/ 登錄證字號	經辦受理
---------------	----------------	------



* 8 0 1 1 9 2 0 1 0 1 *