

契約變更補費付款人聲明書

註一：付款人如為要/被保險人，無須填寫此份聲明書。

「*」為必填欄位

付 款 人 資 料	
*付款人姓名：_____/*聯絡電話：_____	
*身分證字號/統一編號(居留證號/護照號碼)：_____	
*出生日期(民國)：_____年_____月_____日/*國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____	
*保單號碼	*匯款人身份
	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 type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女
	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 type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女
	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 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	
<p>中國人壽依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：</p> <p>(1)蒐集之目的：(001)人身保險(181)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。</p> <p>(2)蒐集之個人資料類別：1. 識別類：(C001)辨識個人者；(C002)辨識財務者；(C003)政府資料中之辨識者 2. 特徵類：(C011)個人描述</p> <p>3. 社會狀況：(C031)住家及設施；(C041)法院、檢察署或其他審判機關或其他程序 4. 財務細節：(C088)保險細節 5. 其他各類資訊：(C132)未分類之資料。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	
*付 款 人：_____ (簽章)	
*法定代理人：_____ (簽章)	
(付款人如未滿 20 歲，需請法定代理人一併簽章)	
中	華
民	國
年	月
日	日

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



* B 0 1 1 0 3 0 1 0 1 *