

# 中國人壽保險股份有限公司

## 英文投保證明申請書

<b>保單號碼</b> (請填寫同一被保險人之保單) <span style="float: right;">※不包括團體險及旅行平安險【申請單位-團體保險部】</span>	
<b>要保人中文姓名</b>	<b>要保人英文護照姓名</b> (請留意英文大小寫)
<b>被保險人中文姓名</b>	<b>被保險人英文護照姓名</b> (請留意英文大小寫)
<b>申請用途說明：</b> <input type="checkbox"/> 國外學校證明 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 移民 <input type="checkbox"/> 其他，請註明原因：_____	
<b>領取方式</b> <input type="checkbox"/> 郵寄① <input type="checkbox"/> 保單號碼_____之收費地址(不受理未載明於上述保單之地址)或② <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 電子郵件帳號_____ (需同留存於中國人壽之電子郵件帳號) <input type="checkbox"/> 由保單號碼_____之所屬業務員領取後轉交(不受理未載明於上述保單所屬業務員轉交)	
<b>其他備註：</b> (請說明)	
<b>壽險業履行個人資料保護法告知義務內容：</b> 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：	
一、 蒐集之目的：(一) 〇〇一 人身保險 (二) 〇四〇 行銷 (三) 〇五九 金融服務業依法令規定及金融監理需要、所為之蒐集處理及利用 (四) 〇六九 契約、類似契約或其他法律關係事務 (五) 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。 二、 蒐集之個人資料類別：(一) 姓名(二) 身分證統一編號(三) 地址等聯絡方式(四) 病歷、醫療、健康檢查(五) 財務狀況(六) 其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。 三、 個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一) 期間：本保險契約之有效期間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、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。 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。 五、 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、遲延或無法承保。	
<b>申請人親簽</b> (以下擇一即可，但須親簽)  <input type="checkbox"/> 要保人_____ (原留簽章) 或 <input type="checkbox"/> 被保險人_____ (原留簽章)  申請日期：_____年_____月_____日	<b>申請人聯絡電話：</b>  <b>申請份數：</b>  _____份

**※注意事項：**

1. 申請限制：僅接受保單要保人、被保險人提出有效保單之申請。
2. 以上資料請以正楷填寫清楚，受理後約需3個工作天完成，請務必於出國一週前填寫本表以利時效。
3. 將申請單填妥各項資料後，請傳真至中國人壽電話服務中心並來電告知，相關資料如下所示：

免付費服務專線	傳真號碼
0800-098-889	04-3608-3510