

To: 先生/小姐 收 Fax: 請於收到申請書 2 日內填寫及簽名後傳真 Fax: 02-77261875 或 77261876 或郵寄至 100 台北市中華路一段 39 號 6 樓 康健人壽 保單行政部保戶服務組 收
如有相關查詢，請洽客服專線：(02)6623-3688 (如需確認傳真請於次一工作日來電查詢)



國際康健人壽保險股份有限公司

委 任 書

本人(要保人) _____ / 保單號碼： _____ 向 貴公司辦理 _____。茲因無法親自辦理，故委託 _____ 先生(女士)憑此委任書至 貴公司辦理領取支票(支票受款人限要保人本人)，由其轉交本人。

此 致 國際康健人壽保險股份有限公司

★委任人(要保人)簽名： _____ ★受任人簽名： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※上述內容若有塗改，請委任人(要保人)於塗改處簽名。

※請填妥本委任書，並請受任人檢附本委任書和攜帶委任人及受任人身分證明文件正本。

個人資料蒐集、處理、利用告知事項

國際康健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(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)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(〇〇一)；(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**：(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)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。三、**個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)**(一)要保人；(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：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本公司及本公司海外分支機構、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。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：以書面或其他日後可供證明之方式(如：書面、電子郵件、傳真、或電子文件等)。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 台端相關服務或給付。

【以下欄位由國際康健人壽保險股份有限公司填寫】

◎ _____ 年 _____ 月 _____ 日已再次電話與要保人確認無誤

經辦人： _____ 分機： _____

作業欄	文件審核	經 辦	覆 核	主 管
<input type="checkbox"/> 核對簽名無誤 <input type="checkbox"/> 審核不符退件				