

彈性繳交保險費申請書

- 為確認要保人具意願且瞭解其投保內容或變更事項，台灣人壽有可能採取電訪或生調方式聯繫保單相關人，以符合法令要求並確保您的權益。
- 如欲查詢保單狀況之相關訊息，可透過台灣人壽網站或客服專線 (02)8170-5156 查詢。

保單號碼		要保人		身分證 統一編號	
------	--	-----	--	-------------	--

彈性繳保險費	幣別：_____元（幣別需同保單幣別）
繳費方式	☐ 同意以約定之續期繳費方式繳費 ☐ 自行繳費
1. 本次繳交保費之來源： ☐ 薪資收入或公司紅利 ☐ 投資收入 ☐ 儲蓄 ☐ 退休金 ☐ 財產繼承 ☐ 貸款或保單借款 ☐ 保單解除或終止契約(含縮小保額及部分提領) ☐ 其他：_____	
2. 申辦前三個月內是否有辦理貸款或保單借款、解除或終止契約(含縮小保額及部分提領)之情形： ☐ 是 ☐ 否，如「是」請說明： (1) 申辦人： ☐ 要保人 ☐ 被保險人 ☐ 法定代理人/監護人/輔助人 ☐ 繳交保險費之人 (2) 申辦業務： ☐ 貸款或保單借款 ☐ 解除或終止契約(含縮小保額及部分提領) (3) 申辦之種類及用途/目的：_____	

※蒐集、處理及利用個人資料告知事項：

台灣人壽保險股份有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項之規定，向台端告知下列事項，請台端詳閱：

- 蒐集之目的：**
本公司依法務部公告「個人資料保護法之特定目的及個人資料之識別」，並參酌本公司行業特性以人身保險業務（001）及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（181）為特定目的之個人資料蒐集、處理及利用。
- 蒐集之個人資料類別：**
本申請書所列之個人資料類別。
- 個人資料之來源(經本公司間接取得之個人資料適用)：**
(一)要保人。(二)當事人之法定代理人、監護人或輔助人。
- 個人資料利用之期間、對象、地區、方式：**
(1) 期間：依本公司因執行業務所必須之保存期間及依法令規定應為保存之期間。(2) 對象：本（分）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、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊股份有限公司、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。(3) 地區：上述對象之所在地區。(4) 方式：合於法令規定之利用方式。
- 台端依據個資法第三條規定得行使之權利及方式：**
(1) 得向本公司行使之權利：A、查詢、請求閱覽或製給複製本。B、請求補充或更正、停止蒐集、處理或利用及刪除。
(2) 行使權利之方式：以書面或撥打本公司 0800-099-850 或 (02)8170-5156 客服專線。
- 台端若不提供個人資料所致權益之影響：**本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，恐致遲延或無法提供台端相關服務。

※要保人/法定代理人/監護人/輔助人已詳細閱讀與瞭解「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」，並同意台灣人壽保險股份有限公司就本人之個人資料，於法定範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

※以下簽章應由要保人本人親自為之，且簽章樣式需與要保文件相同；如要保人未成年或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者，需其法定代理人/監護人/輔助人一併簽章。

※配合相關法令規範，台灣人壽將視需要向要保人進行電話訪問，請勾選適合電訪之時段：

☐上午 9:00~12:00 ☐下午 13:00~18:00（若未勾選者，將由台灣人壽安排電訪時段）

要保人簽章		法定代理人/監護人/輔助人簽章		申請日期
(未滿7足歲由法定代理人代簽)		身分證統一編號：_____ 行動電話：_____		年 月 日
		出生日期：_____ 關係：_____ 國籍：_____		
代收區號	招攬/服務人員簽名	登錄字號/ 執業證書編號	保經/保代公司簽章	台灣人壽受理章
	*本人已確認及核對客戶身分與身分證明文件相符並親晤要保人/法定代理人/監護人/輔助人親自簽章辦理。	行動電話		

