

凱基人壽保險股份有限公司

英文投保證明申請書

保單號碼 (請填寫同一被保險人之保單) ※不包括團體險及旅行平安險【申請單位-團體保險部】	
要保人中文姓名	要保人英文護照姓名 (請留意英文大小寫)
被保險人中文姓名	被保險人英文護照姓名 (請留意英文大小寫)
申請用途說明： <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：_____	
領取方式 <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_____ (需同留存於凱基人壽之電子郵件帳號)	
其他備註： (請說明)	
壽險業履行個人資料保護法告知義務內容： 凱基人壽保險股份有限公司(以下稱本公司)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：	
一、 蒐集之目的：(一)○○一 人身保險(二)○四○ 行銷(三)○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)○六九 契約、類似契約或其他法律關係事務(五)一三六 資(通)訊與資料庫管理(六)一五七 調查、統計與研究分析(七)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)聲音、影像檔案(七)其他詳如通知書內容。 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、臺灣網路認證(股)公司及其合作之電信業者、內政部戶政司、業務委託機構、本公司所屬金融控股公司及其子公司(包括但不限於與本公司共同行銷或交互運用客戶資料者)及其委外單位、與本公司合作推廣 台端保險契約之保險代理人/保險經紀人(含兼營保險代理人/保險經紀人業務之銀行)、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、以及本公司為踐行台端身分驗證之機關/機構。(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、遲延或無法承保。	
申請人親簽 (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	申請人聯絡電話： 申請份數： _____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，請傳真至凱基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	02-6601-5763