

契約變更補費付款人聲明書

「*」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

凱基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：

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、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。

*付 款 人：_____ (簽章)

*法定代理人/監護人/輔助人：_____ (簽章)

(付款人如未成年、受監護宣告或受輔助宣告者，需請法定代理人/監護人/輔助人一併簽章)

中 華 民 國 年 月 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 *