

# 凱基人壽保險股份有限公司

## 癌症診療再諮詢服務申請書

\*本文件影本之效力與正本相同

被保險人姓名：	身分證統一編號：	出生年月日：
聯絡電話：		(聯絡人姓名： )

希望諮詢日期時段：      年      月      日      上午    下午

### 蒐集、處理及利用個人資料告知暨同意書

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)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證驗證之機關/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。

**申請人之同意事項：**

一、 本人(即本申請書之被保險人及法定代理人或輔助人)已詳閱上開告知事項，並同意凱基人壽保險股份有限公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

二、 本人(即本申請書之被保險人及法定代理人或輔助人)同意凱基人壽保險股份有限公司將本癌症診療再諮詢服務申請書上所載本人資料轉送醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院，並同意醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院查詢本癌症診療再諮詢服務申請書上所載本人資料以作為受理本人醫療服務預約申請時之審核參考。

申請人：\_\_\_\_\_ (簽章)

法定代理人/輔助人：\_\_\_\_\_ (簽章)

申請人(被保險人)：_____ (簽章)  法定代理人/輔助人：_____ (簽章)  申請日期：_____年_____月_____日	說明事項： <b>1. 以上填妥各項資料並簽名完成後，請傳真至凱基人壽並來電告知。</b> <b>TEL：0800-098-889；FAX：02-6601-5763</b>  <b>2. 和信醫院報到地點：1樓初診櫃台。</b> <b>TEL：02-2897-0011 轉2748；FAX：02-66030726</b>
---	---

### 審核欄位【保戶請勿填寫】

和信治癌中心醫院填寫確認欄位	凱基人壽審核欄位
● 保戶是否依約諮詢： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  ● 諮詢完成日期：      年      月      日	地區代碼 <input type="checkbox"/> 01    \$1,000 <input type="checkbox"/> 02    \$2,000 <input type="checkbox"/> 03    \$3,000
人員簽證：	審核人員：