

凱基人壽保險股份有限公司

中文保單價值準備金/現金價值證明申請書

保單號碼 (請填寫同一要保人之保單) <input type="checkbox"/> 同步申請同一要保人的所有保單	
申請人身分 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人	
要保人中文姓名	被保險人中文姓名
申請證明書： <input type="checkbox"/> 中文保單價值準備金證明書 <input type="checkbox"/> 中文保單現金價值證明	
申請用途說明：	
領取方式	
<input type="checkbox"/> 郵寄 <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 <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(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。	
申請人親簽 要保人： _____ (原留簽章) 被保險人： _____ (原留簽章) 法定代理人： _____ 關係： _____ <small>(未滿七足歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲<含>以上未成 年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽名。)</small>	申請人聯絡電話： _____ 申請份數： _____ 份 申請日期： 年 月 日

※注意事項：

1. 以上資料請以正楷填寫清楚，本公司受理後約需 5 個工作天完成。
2. 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：

免付費服務專線	傳真號碼
0800-098-889	02-6601-5763