

英文投保證明、保單帳戶價值證明申請書

申請日期： 年 月 日

要 保 人 姓 名		被 保 險 人 姓 名	
申 請 保 單	<input type="checkbox"/> 全部有效契約（係指本公司受理當時於第一金人壽之全部有效保單） <input type="checkbox"/> 指定保單，保單號碼：_____		
申 請 項 目	<input type="checkbox"/> 保單價值準備金或保單帳戶價值證明 計算日期 <input type="checkbox"/> 第一金人壽受理當時 <input type="checkbox"/> 指定日期 _____ <input type="checkbox"/> 英文投保證明 被保險人英文姓名：_____		
（被保險人英文姓名請以大寫方式輸入，且需與護照上所載資料相同，例：WANG TA MING）			
領 取 方 式	<input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 平信 <input type="checkbox"/> 限時專送 <input type="checkbox"/> 掛號 保單號碼_____之聯絡地址（住所） <input type="checkbox"/> 其他指定地址_____		
	<input type="checkbox"/> 電子郵件 _____ <input type="checkbox"/> 由送件人員轉交		

【第一金人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項】

第一金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)人身保險(〇〇一)。(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。(三)消費者、客戶管理與服務(〇九〇)。
- 二、 蒐集之個人資料類別：保單號碼、要保人中文姓名及身分證字號、被保險人之中/英文姓名、電子郵件帳號、寄送地址等，其他詳如英文投保證明、保單帳戶價值證明申請書。
- 三、 個人資料利用之期間、地區、對象、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、財團法人保險犯罪防制中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、信用卡發卡機構、收單機構、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。(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、遲延或無法提供 台端英文投保證明、保單價值準備金或保單帳戶價值證明服務。

【注意事項】

1. 申請人可為要保人或被保險人本人；申請保單價值準備金或保單帳戶價值證明，倘若要/被保人皆身故者，得由保單關係人或法定繼承人提出申請，需檢附申請人與要/被保險人之關係證明文件（例如戶口名簿影本）。
2. 一張申請書僅限同一要保人對應一位被保險人填寫，同一要保人對應多位不同被保險人時，請分別填寫申請書。

本人填寫時已詳閱並充分了解本申請書之【注意事項】及【第一金人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項】，並已獲得必要之資訊，同意遵守。

申請人簽章：_____ 申請人身分證字號：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

聯絡電話：_____

送件單位及單位代碼： 保代/保經公司簽章：	送件人已確認申請人及其法定代理人/監護人/輔助人之身分；並確認申請人簽署於各該簽名欄位內為親自簽名。 送件人(見證人)簽名：_____ 登錄證字號：_____ 手機號碼：_____
總 公 司 受 理 欄	