

To: 先生/小姐 收 Fax: 請於收到申請書 2 日內填寫及簽名後傳真 Fax: 02-77261875 或 77261876 或郵寄至 100 台北市中華路一段 39 號 6 樓 康健人壽 營運暨理賠部(保戶服務) 收  
如有相關查詢, 請洽客服專線: (02)6623-3688 (如需確認傳真請於次一工作日來電查詢)



## 國際康健人壽保險股份有限公司

### 委任書

本人(要保人) \_\_\_\_\_ / 保單號碼: \_\_\_\_\_ 向 貴公司辦理 \_\_\_\_\_。茲因無法親自辦理, 故委託 \_\_\_\_\_ 先生(女士)憑此委任書至 貴公司辦理領取支票(支票受款人限要保人本人), 由其轉交本人。

此 致 國際康健人壽保險股份有限公司

★委任人(要保人)簽名: \_\_\_\_\_ ★受任人簽名: \_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※上述內容若有塗改, 請委任人(要保人)於塗改處簽名。

※請填妥本委任書, 並請受任人檢附本委任書和攜帶委任人及受任人身分證明文件正本。

#### 個人資料蒐集、處理、利用告知事項

國際康健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)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)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) 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)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。三、**個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)** (一)要保人; (二)當事人之法定代理人、輔助人; (三)各醫療院所; (四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。四、**個人資料利用之期間、對象、地區、方式**: (一)期間: 因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二)對象: 本公司及本公司海外分支機構、中華民國人壽保險商業同業公會、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、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。五、**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: 以書面或其他日後可供證明之方式(如: 書面、電子郵件、傳真、或電子文件等)。六、**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、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

【以下欄位由國際康健人壽保險股份有限公司填寫】

◎ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日已再次電話與要保人確認無誤

經辦人: \_\_\_\_\_ 分機: \_\_\_\_\_

作業欄	文件審核	經辦	覆核	主管
<input type="checkbox"/> 核對簽名無誤 <input type="checkbox"/> 審核不符退件				

受限制資料, 屬康健人壽機密且未經公開之資料, 未經授權不得重製或散布。©康健人壽版權所有