



電子單據服務申請書

※ 填寫本申請書時如有塗改，請務必於塗改處簽名。

要保人	陳巴黎	身分證字號(居留證號)	A123XXX888
申請項目請打✓	<input checked="" type="checkbox"/> 申請電子單據：(請務必加填下列電子郵件地址) <input type="checkbox"/> 保單號碼：_____ <input type="checkbox"/> 要保人項下所有有效保單 <input type="checkbox"/> 取消電子單據		
行動電話	09XXXXX888 (本人同意電話變更為該保單之行動電話並作為確認本次保全申請之簡訊通知使用)		
電子郵件地址	abc1230@xxxx.com.tw (本人同意電子郵件信箱變更為該保單之電子郵件信箱)		

電子單據服務約定暨注意事項

- 茲因本人(即要保人)向法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱：法國巴黎人壽)申請電子單據服務(下稱本服務)，爰提供約定之本人電子郵件地址(Email Address)留存於法國巴黎人壽，經法國巴黎人壽就保險契約相關單據/服務訊息/通知書等(服務項目依法國巴黎人壽官方網站 <https://life.cardif.com.tw/> 保戶服務/電子單據服務所公告者為準，嗣後新增或變更者，亦同)向該電子郵件地址為寄發時視為已送達，法國巴黎人壽不另行交付紙本。
- 要保人得向法國巴黎人壽申請變更約定所留存電子郵件地址，法國巴黎人壽將以要保人最後約定留存之電子郵件地址寄送。要保人亦得隨時以紙本書面向法國巴黎人壽申請終止本服務。本服務終止後，如欲恢復使用，應依法國巴黎人壽規定重新申請。
- 倘要保人變更，原要保人申請之「電子單據服務」即自動終止。新要保人如欲享有「電子單據」服務，請新要保人重新提出申請。
- 若依法令或主管機關規定相關單據須採紙本書面通知方式，或因電子郵件地址(Email address)錯誤導致無法寄送者，法國巴黎人壽將改以書面寄送。

法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(履行個人資料保護法告知義務通知書)

法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱「本分公司」)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、第九條第一項規定，向台端告知下列事項，請 台端詳閱：

- 蒐集之目的：**
依據法務部公告「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」，包括人身保險(00一)、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(0五九)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(0六三)及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)。
- 蒐集之個人資料類別：**(本分公司蒐集個人資料類別如下，細節請詳如相關業務申請書或契約書內容)
 - 識別類(如姓名、電話、金融機構帳戶或信用卡號碼、身份證統一編號或統一證號或護照號碼等)
 - 特徵類(如年齡、性別、出生年月日等)
 - 家庭情形(如要保人與被保險人之關係、受益人與被保險人之關係、保險費自動轉帳暨信用卡代繳授權人與要保人/被保險人之關係等)
 - 社會情況(如住所地址、財產資料、工作許可文件、居留證明文件、個人嗜好等)
 - 受僱情形(如僱主名稱、工作職稱、薪資與繳稅情形等)
 - 教育、考選、技術或其他專業(如學歷資格、職業專長等)
 - 財務細節(如總收入、總所得、淨資產、貸款、財務交易紀錄、保險細節等)
 - 商業資訊(如經營商業之種類等)
 - 健康與其他(如病歷、醫療、健康檢查、健康紀錄、診斷紀錄等)
 - 其他各類資訊(如無法歸類之信件、檔案及其他合於營業項目之特定目的所須蒐集個人各項資料等)
- 個人資料之來源(經本分公司間接取得之個人資料者適用)：**
 - 要保人
 - 當事人之法定代理人、輔助人
 - 各醫療院所
 - 於本分公司各項業務內所委託往來之第三人。
- 個人資料利用之期間、對象、地區、方式：**
 - 期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
 - 對象：本(分)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、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險安定基金、財團法人保險犯罪防制中心、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，及未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者。
 - 地區：上述對象所在之地區。
 - 方式：合於法令規定之利用方式。
- 依據個資法第三條規定，台端就本分公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：**
 - 得向本分公司行使之權利：
 - 向本分公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 - 向本分公司請求補充或更正。
 - 向本分公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
 - 行使權利之方式：書面、電子郵件、傳真、電子文件。
- 台端不提供個人資料所致權益之影響(經本分公司直接取得之個人資料者適用)：**
台端若未能提供相關個人資料時，本分公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝辦理、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。
- 本分公司有權修訂本告知義務通知書，並於修訂後以言詞、書面、電話、簡訊、電子郵件、傳真、電子文件、網站公告或其他足以使台端知悉或可得知悉之方式告知台端修訂要點。

註：本分公司已履行上開告知義務，並將告知書內容與相關業務申請書或保險契約相關申請文件合併列印提供予 台端。<10><11>

要保人親簽： 陳巴黎 (為維護您的權益，請勿於空白的申請書上簽章) 申請日期：民國 107 年 09 月 13 日

法定代理人親簽： _____ 身分證字號： _____ 出生日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(要保人未滿 20 足歲且未婚者，請法定代理人加簽)

送件單位填寫欄		保經(代)章	
送件單位： _____ 銀行 / _____ 分行 送件單位受理/流水編號：			
業務員 1 簽名：	登錄字號：	連絡電話：(0)	
業務員 2 簽名：	登錄字號：	(M)	
法國巴黎人壽批核/審查欄 (本申請書未經承辦單位核准簽章者不生效力)			
本公司同意本保單契約內容做如上之變更，且變更後之內容自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起生效。			
<input type="checkbox"/> 已核對簽名無誤	承辦	覆核	