



網路保險服務申請書

※ 填寫本申請書時如有塗改，請務必於塗改處簽名。

一、變更： <input checked="" type="checkbox"/> 約定匯款帳號、行動電話或電子信箱變更			
※請檢附本申請書正本、身分證及其他身分證件(健保卡、或有效期間的駕照/護照)正反面影本，與存摺影本。			
要保人	陳大巴		身分證字號(居留證號)
約定匯款帳號	台幣	XX 銀行 XX 分行 帳號	123456789
	外幣	英文戶名 CHEN, TIEH-BA 00 銀行 00 分行 帳號	234567891
※限要保人本人之金融機構台/外幣帳戶，上列帳戶僅供網路保險服務項目匯入使用；首次申請及異動約定帳戶資訊時，請同時檢附存摺面頁影本。			
約定行動電話及電子信箱通知	傳送簡訊之行動電話： 0912*****		電子信箱： chenbaba@gmail.com
※本行動電話與電子信箱僅提供法國巴黎人壽進行網路保險服務使用，不做為保單個人基本資料的變更申請。日後如欲異動本網路保險服務「行動電話」及「電子信箱」時，請務必填寫本申請書辦理變更。			
二、終止： <input type="checkbox"/> 網路保險服務 ※請檢附本申請書正本。			

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(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 台端告知如下：

一、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 台端告知如下：

二、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)

(一) 識別類(如姓名、電話、金融機構帳號或信用卡號碼、身分證統一編號或統一證號或護照號碼、稅務識別碼等)

(二) 特徵類(如年齡、性別、出生年月日、國籍/稅務居民身分等)

(三) 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卡繳授權人與要保人/被保險人之關係等)

(四) 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)

(五) 受僱情形(如僱主名稱、工作職稱、薪資與繳稅情形等)

(六) 教育、考選、技術或其他專業(如學歷資格、職業專長等)

(七) 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、股東個人與法人客戶間的投資關係等)

(八) 商業資訊(如經營商業之種類等)

(九) 健康與其他(如病歷、醫療、健康檢查、健康紀錄、診斷紀錄等)

(十) 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、其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容等)

三、個人資料之來源(經本分公司間接取得之個人資料者適用)：

(一) 要保人/受益人

(二) 當事人之法定代理人、輔助人

(三) 各醫療院所

(四) 於本分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(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、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、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(分)公司合作推廣保險契約之保險代理人/保險經紀人及與本(分)公司合作辦理銀行保險業務之銀行、與本公司有再保業務往來之公司、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、依國內外法令規定處理利用之機構、依國內外法令之有權機關、金融監督機關或稅務機關(含美國聯邦政府財政部及美國國稅局)、國內主管機關及主管機關將資料轉交至台灣所屬稅務居民國之稅務機關、其他 台端所同意之對象。

(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，台端就本分公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：

(一) 得向本分公司行使之權利：

1. 向本分公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。

2. 向本分公司請求補充或更正。

3. 向本分公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二) 行使權利之方式：書面、電子郵件、傳真、電子文件。

六、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，因此可能延誤辦理、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

七、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。

聲明事項

申請人(即要保人)簽名及向法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(以下稱「本分公司」)聲明同意下列事項：

1. 要保人同意本分公司得使用要保人所提供之相關資料進行網路保險服務相關作業。

2. 要保人已詳細閱讀「法商法國巴黎人壽履行個人資料保護法告知義務通知書」，並確實瞭解相關權益及同意遵守各注意事項及約定條款。

聲明事項：本申請書所有簽名部分確由當事人本人親自簽章屬實無誤，如有虛偽不實，簽名人願負法律上應負之責任。

要保人親簽： 陳大巴 申請日期：民國 115 年 1 月 1 日

※ 申請人需具行為能力之要保人始可提出網路保險服務之申請。(為維護您的權益，請勿於空白的申請書上簽章)

送件單位填寫欄		保經(代)簽章		
送件銀行/業務單位： _____ 分行/分支機構： _____ 送件單位受理/流水編號：				
業務員 1 簽名：	登錄字號：			連絡電話：(O) _____ (M) _____
業務員 2 簽名：	登錄字號：			連絡電話：(O) _____ (M) _____
覆核主管簽章：				覆核主管行動電話：
法國巴黎人壽批核欄/審查欄 (本申請書未經承辦單位核准簽章者不生效力)				
本分公司同意本次網路保險服務暨變更申請，自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起生效。				
<input type="checkbox"/> 已核對簽名無誤	承辦	覆核		