

遠雄人壽保險事業股份有限公司 法定繼承人聲明同意書

理賠專用

吾等茲以 貴公司第_____號保險契約所記載

要保人 被保險人 身故受益人 之全體法定繼承人身分，申請本號保險契約之_____保險金，並授權由_____代為辦理相關申請手續，嗣後絕無任何異議；同時聲明並無其他得主張權利之第三人，日後若有繼承糾紛或冒領等情事，聲明人等願連帶負責將全數保險金返還 貴公司，如有任何法律糾紛，概由吾等自行負責，與 貴公司無涉，若因而致生 貴公司遭受求償或其他不利益者，吾等應出面解決，倘另生損害於 貴公司時，吾等應負連帶賠償責任，絕無疑義，特此聲明。

此 致 遠雄人壽保險事業股份有限公司

聲明人姓名：_____ (簽章) 法定代理人：_____ (簽章)

身分證字號：_____ 身分證字號：_____

住址：_____

聲明人姓名：_____ (簽章) 法定代理人：_____ (簽章)

身分證字號：_____ 身分證字號：_____

住址：_____

聲明人姓名：_____ (簽章) 法定代理人：_____ (簽章)

身分證字號：_____ 身分證字號：_____

住址：_____

聲明人姓名：_____ (簽章) 法定代理人：_____ (簽章)

身分證字號：_____ 身分證字號：_____

住址：_____

聲明人姓名：_____ (簽章) 法定代理人：_____ (簽章)

身分證字號：_____ 身分證字號：_____

住址：_____

見證人：_____ (簽章) 身分證字號：_____

履行個人資料保護法告知義務

遠雄人壽保險事業股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)第八條第一項及第九條第一項規定，向 台端告知下列事項，敬請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：○○一人身保險、○二外匯業務、○三存款與匯款、○五六法院審判業務、○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、○六○金融爭議處理、○六一金融監督、管理與檢查、○六六保險監理、○六七信用卡、現金卡、轉帳卡或電子票證業務、○六九契約、類似契約或其他法律關係事務、○八五旅外國人急難救助、○九○消費者、客戶管理與服務、一八一其他經營合於營業登記目的或組織章程所定業務」等合理關連之特定目的。(二)其他法令許可之事由或目的。**二、蒐集之個人資料類別：**以 台端與本公司往來業務及契約書、授權書及申請書等所列必要個人資料類別為限。**三、個人資料之來源：**(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、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、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之再保險公司、依法有調查權機關或金融監理單位(三)地區：上述對象所在地區。(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：台端得至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線(0800-083-083)行使權利。**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，本公司將可能延後或無法進行必要審核及處理作業，因此可能遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

注意事項：聲明人需親自簽名蓋章並附身分證影本，如為未滿七歲之無行為能力人，應由法定代理人代簽其名，若為滿七歲而未滿二十歲之限制行為能力人，則需同時由法定代理人親自簽名蓋章並附身分證影本。見證人應確實會晤聲明人本人並見證簽章無訛，如有虛偽、隱匿致公司遭受損害時，願依規定負責，特此聲明。

中 華 民 國 年 月 日