



步驟 1：填寫以下各空格欄位

範例：電子單據服務申請/異動

| | |
|-------|---------|
| 單位/代碼 | 合署代碼 |
| | |
| | 行政助理受理欄 |



遠雄人壽 電子單據服務專用申請書

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 要保人姓名 | 王英雄 | 身分證字號 | A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 申請功能項目 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請電子單據服務 <input type="checkbox"/> 變更電子郵件信箱 <input type="checkbox"/> 取消電子單據服務 | | | | | | | | | | | |
| 申請保單 | <input checked="" type="checkbox"/> 本次新契約投保(請與要保文件一同送件) <input type="checkbox"/> 全部保單 <input type="checkbox"/> 指定保單, 保單號碼_____ | | | | | | | | | | | |
| 要保人 電子郵件信箱 | <input checked="" type="checkbox"/> @yahoo.com.tw <input type="checkbox"/> @hotmail.com <input type="checkbox"/> @gmail.com S0123456 <input type="checkbox"/> fglife.com.tw <input type="checkbox"/> 其他@_____ | | | | | | | | | | | |
| | 【數字 0 可以 0 註明, 英文 I 可以 i 註明, 英文 l 可以 L 註明, 英文 Z 可以 Z 註明】 是否為要保人本人之電子郵件信箱? <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | 手機: 0912345678 住家(02) 27235354 公司(02) 27583099 分機 1234 僅供本次電子單據申請事宜聯絡使用, 保單電話如需異動請另提出契約變更申請書 | | | | | | | | | | | |

要保人向遠雄人壽保險事業股份有限公司申請並聲明同意下列事項：

- 一、本申請書內容經 貴公司同意後, 以電子文件形式寄送「申請服務成功」通知函至本人指定之電子郵件信箱。
- 二、本人如同意申請電子單據服務, 應於申請時提供本人之各項收據、通知書及爾後陸續開發之各項單據, 並於遠雄人壽寄發之電子郵件信箱, 並由遠雄人壽寄發之電子郵件信箱。
- 三、本次申請書若勾選全部保單, 則本申請書之效力及於所有保單, 亦不影響本申請書之效力。
- 四、如本申請書所載之電子郵件信箱及電子單據服務申請或取消與原契約內容約定不符時, 於要保人申請本電子單據服務時, 視為同意變更為本申請書上所約定之內容。
- 五、保單之要保人如有變更, 則該變更要保人之保單之「電子單據服務」即自動終止, 該保單通知方式以新要保人約定方式為準, 若新要保人未申請電子單據服務, 將以寄送實體書面文件至該新要保人最後提供之通訊地址進行通知。
- 六、本人有權得隨時以書面通知停止本服務, 貴公司需於收到通知並完成內部處理程序後停止之。
- 七、本人如申請取消電子單據服務, 即自申請完成日起, 恢復以寄送實體書面文件至本人最後提供之通訊地址進行通知。
- 八、本人同意 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定, 對本人之個人資料, 有為蒐集、處理及利用之權利。
- 九、依法令、條款或主管機關規定, 本人同意 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定, 對本人之個人資料, 有為蒐集、處理及利用之權利, 再另行通知。

步驟 2：勾選「全部保單」或「指定保單」。如申請人僅有單一保單或全部保單皆要申請, 請勾選「全部保單」即可, 無需再填寫保單號碼。

步驟 3：申請之要保人請親自簽名。
要保人如未滿 20 歲, 法定代理人亦須同時簽名並註明關係。

此致

遠雄人壽保險事業股份有限公司

要保人親簽：王英雄

法定代理人親簽：_____

未滿七歲者, 由法定代理人代為簽名
七歲(含)以上未滿二十歲者, 由本人及法定代理人簽名

要保人未滿二十歲時, 需其法定代理人親簽確認

與要保人關係：_____

申請日期：民國 110 年 02 月 14 日

步驟 4：填寫申請日期。

※以下由業務人員填寫

本次辦理係確實親自會晤要保人/法定代理人, 經本人見證確認係要保人/法定代理人親自簽章辦理, 如有虛偽不實本人願負法律責任。

業務員/保險經紀人/保險代理人親簽：_____

登錄證字號/執業證照編號：_____

業務員聯絡電話：_____

※申請書所有欄位皆需填寫, 資料不正確、闕漏、字跡潦草無法辨識者恕不受理。

※申請書填寫完成後, 新契約件請與要保文件一同送件; 有效件可採下列方式擇一: 1. 傳真至(02)2345-5781 2. 掃描或照相將電子檔案 E-mail 至 e-member@fglife.com.tw 3. 由要保人本人親臨本公司保戶服務中心 4. 郵寄至 11073 台北市信義區松高路 1 號 2 8 樓(遠雄人壽保費部續保科收) 5. 委託業務人員轉交等方式辦理。



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(以下稱個資法)第六條第二項、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:

人身保險(001)、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(059)、金融爭議處理(060)、金融監督、管理與檢查(061)、保險監理(066)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、其他經營合於營業登記目的或組織章程所定之業務(181)等合理關連之特定目的。

二、蒐集之個人資料類別:

以 台端與本公司往來之業務及契約書、授權書及申請書等所列,包括姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等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、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: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。