

保險契約終止申請書

(填寫前請詳閱背面之壽險業履行個人資料保護法告知義務內容)

※適用所有險種

※以下內容若有塗改，請要保人於塗改處簽名

保誠人壽 受理時間	年 月 日 時 (由櫃檯受理人員填寫)
受理號碼	

保單號碼	要保人	被保險人
資金用途	<input type="checkbox"/> 購買新保單 <input type="checkbox"/> 經濟因素無法繳納 <input type="checkbox"/> 資金調度需求 <input type="checkbox"/> 保險內容不符合目前需求 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
注意事項	◎要保人申請契約終止時，應檢附保險單及身分證(影)本 ◎投資連結型商品提前終止契約將可能蒙受損失	

保險契約終止金額，請依下列方式之一給付予本人：

支票(限要保人親臨保誠人壽客戶服務中心櫃檯辦理；外幣保單限以匯款方式給付)

匯款(請以正楷填寫並限要保人帳戶；外幣保單限要保人外匯存款帳戶)

※要保人需承擔之外幣匯款「匯款相關費用」請參閱保單條款；若選擇本公司指定之外匯存款銀行，則無需負擔所產生之匯款相關費用。

銀行(郵局) \_\_\_\_\_ 分行/部 (局號)/帳號： \_\_\_\_\_

※外幣保單匯款另請提供：

受款戶名：(中文) \_\_\_\_\_ / (英文) \_\_\_\_\_ (請依照銀行開戶之英文姓名填寫)

英譯銀行名稱： \_\_\_\_\_ 通匯代碼(SWIFT code)： \_\_\_\_\_

英譯銀行地址： \_\_\_\_\_

※上述帳戶確為本人所有，嗣後若有因資料錯誤而造成誤匯/退匯時，概由本人自行負責。

本人(即要保人)茲根據本保險單條款之約定，申請保險契約終止，並同意遵守下列契約終止之規定：

一、辦理契約終止者本人同意終止本保險單主契約及所有附約效力並退還其解約金或未到期保費。要保人如不同意，則豁免附約同時終止並退還其未到期保險費，其餘附約持續至附約該期已繳之保險費期滿後終止，並請勾選  不同意。

二、契約終止自貴公司收到保險契約終止申請書時開始生效。而貴公司應於接到通知後一個月內給付解約金或保單帳戶價值，逾期貴公司應加計利息給付，其利率應依條款約定計算。

三、申請終止保險契約時，如保險單有欠繳保費(包含經貴公司墊繳的保險費)、保險單借款、保險成本與保單維持費用未還清者，貴公司得先抵償上述欠款及其應付利息後給付。

委託事宜：本人因事不克親至貴公司辦理保險契約終止事宜，茲委任下述保險代理人/經紀人/業務員/受託人代為處理。

(請檢附受託人身分證正本、要保人身分證影本，限以匯款方式辦理)

<b>業務員 / 受託人填寫欄</b>	要保人已詳閱本申請書內容及背面「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」，並已獲得必要之資訊，充分瞭解異動申請對於本人各項權益與保障之影響。 ※辦理契約終止時，如未檢附保險單，本人聲明保險單於申請契約終止之日起作廢。 ※您是否辦理終止外幣收付非投資型保單轉投保新外幣收付非投資型保單？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。 再次提醒您，此舉可能對要保人與被保險人權益有不利之影響，請再次確認本次辦理能符合您的需求。  此致 保誠人壽保險股份有限公司  申請人： _____ (簽章) 法定代理人： _____ (簽章) (即要保人)  (未滿七足歲者，由法定代理人代為簽名；七足歲(含)以上者，請由本人親自簽名。不識字者得以捺指印代替簽名並蓋印章於旁，但須有二位以上的見證人在旁簽名，惟見證人不得為本件業務員、要保人、被保險人或受益人，同時須註明見證人身分證字號、簽署日期及其與被保險人之關係。) ◎為維護您的權益：請使用最後留存於本公司之樣式簽章，並請勿於空白的申請書上簽章；如果 您因投保新的保單而辦理契約終止，可能對要保人與被保險人權益有不利之影響，請再次確認本次辦理之項目符合 您的需求。  聯絡電話： _____ 申請日期： _____ 年 月 日
受理單位：	
保險代理人/經紀人/業務員： (簽名)	
員工編號：	
執業證號/登錄字號：	
聯絡電話：	
受託人：	
與要保人關係說明：	
保代/保經簽署人簽章：	

## 壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

保誠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) 00- 人身保險
- (二) 一八一- 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

### 二、蒐集之個人資料類別:

姓名、身分證統一編號、出生年月日、住家電話、行動電話、住所通訊地址、戶籍地址、e-mail、年齡、性別、國籍、財務資料、病歷、醫療、健康檢查及其他依執行業務所需蒐集之個人資料。

### 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公司、與本公司合作推廣 台端保險契約之保險代理人或保險經紀人、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:相關申請表單可洽客服專線0809-0809-68或海外諮詢暨申訴專線 +800-0809-6868,並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。

### 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。