



申請資料	被保險人	張小明	身分證字號	A123456789	出生日期	96年01月01日
	申請項目： <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input checked="" type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 生命末期提前給付 <input type="checkbox"/> 收據差額證明 <input type="checkbox"/> 其他 ※申請身故或完全失能等保險金而契約終止時，如保險單已遺失，受益人聲明於申請前述保險金之日起作廢。 ※被保險人於本公司投保之所有有效保險契約，均視為已依本申請書提出理賠申請，其給付與否將依各保險契約條款約定辦理。					
意外事故	發生時間	109年10月03日11時	發生地點	松江路長春路口	事故時職業	
	請勾選發生原因並詳述經過	<input checked="" type="checkbox"/> 車禍 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 高處墜落 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 他殺/他傷 <input type="checkbox"/> 工作受傷 <input type="checkbox"/> 其他：				
	處理單位	台北中山分局/派出所	處理員警	李四	聯絡電話	02-12345678
匯款資料	※下述帳戶確為受益人所有，嗣後若有因資料錯誤而造成誤匯或遲匯時，概由受益人自行負責。 ※醫療保險金之受益人如為未成年人，受款人改為法定代理人或監護人(如非屬要保人時，需另檢附關係證明文件)，並於公司將款項匯入法定代理人/監護人帳戶時，視為受益人已承認對其為給付。					
	匯款至 <input type="checkbox"/> 受益人 <input checked="" type="checkbox"/> 受益人之法定代理人/監護人(身故/失能案件不適用) <input type="checkbox"/> 前次理賠申請帳戶					
	戶名(外幣保單請填寫英文名)		張大強			
	<input checked="" type="checkbox"/> 渣打銀行 / 銀行 <input type="checkbox"/> 中壢分行 <input type="checkbox"/> 郵局		帳號		12345677654321	
通知方式	照會/理賠審核給付通知書採以下列方式擇一送達，若多項勾選或未勾選，即以簡訊通知。 <input checked="" type="checkbox"/> 簡訊通知至本申請書內您所填的「行動電話」 <input type="checkbox"/> E-Mail通知至本申請書內您所填的「E-Mail」 <input type="checkbox"/> 郵寄「書面紙本」至本申請書內您所填的「聯絡地址」(未填寫，逕自寄送保單通訊地址) 溫馨提醒： 1.若選用簡訊通知，即享優先處理與即時理賠通知。 2.選擇E-Mail、郵寄「書面紙本」通知者，將不會收到理賠受理與結案簡訊通知。 3.若簡訊、E-Mail通知失敗或填寫不全，則採郵寄「書面紙本」至本申請書內所填「聯絡地址」(未填寫，逕自寄送保單通訊地址)。					
	同意事項 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書 被保險人同意 貴公司得依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定，就被保險人個人病歷、醫療及健康檢查等資料進行蒐集、處理及利用，並於確定或履行 貴公司與被保險人間之保險契約義務特定目的之必要範圍內為之(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)。					
聲明事項	1.受益人茲委任「送件業務員/保險經紀人/保險代理人」(即受任人)代為處理本件理賠申請事宜，受益人同意 貴公司將本件理賠結果內容通知受任人，並將理賠申請相關文件交付予受任人，由其代為轉交。 2.為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，受益人同意 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。 3. <input checked="" type="checkbox"/> 受益人瞭解且同意 貴公司得將本件理賠相關資料提供予本係保險契約之原招攬保險經紀人(指個人執業經紀人或經紀人公司)，並同意於其營業目的或其他法令許可之範圍內蒐集、處理及利用本人之個人資料。(未勾選視同不同意)					
	簽章欄與聯絡資料 被保險人/受益人：張小明【請簽章】 法定代理人/監護人/輔助人：張大強【請簽章】 法定代理人/監護人/輔助人身分證字號：B123456789 出生日期：64.12.31 國籍：台灣 性別：男 聯絡地址：(郵遞區號 110411) 台北市信義區松智路100號100樓 連絡電話：02-87654321 行動電話：0988-654321 E-Mail：Xiaoming@gmail.com 中華民國 113 年 1 月 1 日					
業務填寫欄	要保單位(團體險)	業務員所屬單位	業務員		受理欄【本公司使用】	
	請蓋章	請蓋章	簽名：	登錄證號碼：	行動電話：	理賠號碼：



※申請各項保險給付應檢附文件一覽表

注意： 實際應檢附文件仍以各保單條款 為準。	醫療險				失能		身故			豁免保費	重大疾病	重大傷病	長期照顧	提前給付	職災			
	實支實付型	日額、定額型	骨折未住院	癌症醫療	部分失能	完全失能	疾病身故	意外身故	癌症身故						身故	薪資	喪失工作能力	失能
保險金申請書	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
受益人的身分證明	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
保險單或其謄本						◎	◎	◎	◎									
被保險人除戶籍謄本							◎	◎	◎									
死亡證明書/相驗屍體證明書							◎	◎	◎						◎			
診斷證明書/失能診斷證明書	◎	◎	◎	◎	◎	◎				◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎
醫療費用明細及收據	◎																	
病理組織切片或相關檢驗報告 (癌症)				◎					◎	◎	◎							
病歷及其他醫學量表													◎					
全民健康保險保險人核發之 「重大傷病」證明文件正本												◎						
意外傷害事故證明文件 (如 X 光片)			◎					◎										
職業災害證明文件 (勞保局核定通知書)															◎	◎	◎	◎

※應檢附文件資料說明及申請注意事項如下：

- 理賠保險金申請書須由受益人本人親自填妥簽章，如受益人不只一人時，所有受益人均須簽章。
 - 如未滿七歲之未成年人，由其法定代理人代為簽章（簽章須為未滿七歲未成年人之姓名）及其法定代理人簽章。
 - 如已滿七歲以上之未成年人有限制行為能力人，由受益人本人及其法定代理人簽章。
 - 上述由法定代理人簽章之情形，須檢附被保險人或受益人與法定代理人之關係證明（如戶口名簿影本或戶籍謄本正本）。
 - 受益人為受監護或輔助宣告之人，須由其監護人或輔助人代為簽名蓋章，並請檢附法院宣告監護或輔助之裁定書。
 - 如不識字、手部受傷或缺失而無法簽名，可以手印或印章代替，但以手印代替者須有二位見證人簽名並填上身分證字號。
- 副本：係指影印本並再加蓋醫院、診所或地檢署之關防。（勿檢附彩色影印本）
- 身故件之「死亡原因」為「解剖鑑定中」者，受益人應檢附「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 申請意外身故或失能件，請提供「意外傷害事故證明文件」（如警方證明文件）等資料，以加速審核。
- 受益人的身分證明：
 - 要保書上若已指名身故受益人，受益人可檢附戶籍謄本正本或身分證影印本或戶口名簿影印本。
 - 若受益人為法定繼承人者，則須檢附全體法定繼承人之戶籍謄本正本。
- 申請原因若為「失蹤」：
 - 一般失蹤件，申請時請檢附法院「死亡宣告」判決（代替死亡證明書）、登記失蹤之戶籍謄本（代替除戶戶籍謄本）和「全體受益人切結書」。
 - 如為意外失蹤件，除檢附法院「死亡宣告」判決、登記失蹤之戶籍謄本和「全體受益人切結書」外，另需檢附「意外事故證明」。
- 申請「提前給付」、「失能保險金」、「豁免保險費」者，若本公司評估被保險人體況必須進行體檢時，其費用由本公司負擔。
- 申請於國外發生保險事故時，請檢附護照影本及相關就診之完整病歷資料，以加速理賠處理時效。
- 倘若保險契約遭強制執行，且受益人（即債務人）申請之保險金屬於強制執行法第 122 條第 2 項規定所稱之「係維持債務人及其共同生活之親屬生活所必需者」，得依強制執行法第 12 條規定向法院聲請或聲明異議。
- 申請 OIU 保單之身故或完全失能理賠時，須經中華民國駐外單位（館處）或其授權之機構驗證被保險人死亡證明書或失能診斷證明書。
- 若主、附約依約給付後終止，而該保單仍有附加其他長年期附約者，且該長年期附約之被保險人仍生存者，一律自動延續該長年期附約效力至滿期。惟若有下列情形時，請繼續辦理保單變更：
 - 本保單之要保人與主契約被保險人為同一人且身故者，請以「保險契約內容變更申請書」辦理要保人變更（須符合保險利益），各附約被保險人均須簽名同意。
 - 若原付款授權人已身故，請填寫「轉帳授權申請暨約定書」辦理付款人變更；在未變更前保單之收費管道將改為自行繳費方式。
- 除上列各項應備文件外，本公司經審核如認為需要其他相關證明文件時，將會另行通知受益人。
- 配合 107 年 5 月 18 日立法院三讀通過之保險法修正案，調整「殘廢」、「失能」等相關名詞，惟前述調整不影響您的保單權益；相關內容請逕行參考本公司官網資訊。（即「殘廢」一詞修改為「失能」）
- 填寫本申請書如有任何疑問，請撥客服專線 0809-0809-68 或海外免費諮詢暨申訴專線 +800-0809-6868，本公司將有專人竭誠為您服務！



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) 〇〇一 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。



申請資料	被保險人	張翠花	身分證字號	C223456789	出生日期	65年 11月 11日
	申請項目： <input checked="" type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 重大疾病/特定傷病 <input type="checkbox"/> 豁免保費 <input type="checkbox"/> 生命末期提前給付 <input type="checkbox"/> 收據差額證明 <input type="checkbox"/> 其他 ※申請身故或完全失能等保險金而契約終止時，如保險單已遺失，受益人聲明於申請前述保險金之日起作廢。 ※被保險人於本公司投保之所有有效保險契約，均視為已依本申請書提出理賠申請，其給付與否將依各保險契約條款約定辦理。					
意外事故	發生時間	109年10月03日11時	發生地點	松江路長春路口	事故時職業	
	請勾選發生原因並詳述經過	<input checked="" type="checkbox"/> 車禍 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 高處墜落 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 他殺/他傷 <input type="checkbox"/> 工作受傷 <input type="checkbox"/> 其他：				
	處理單位	台北中山分局/派出所	處理員警	李四	聯絡電話	02-12345678
匯款資料	※下述帳戶確為受益人所有，嗣後若有因資料錯誤而造成誤匯或遲匯時，概由受益人自行負責。 ※醫療保險金之受益人如為未成年人，受款人改為法定代理人或監護人(如非屬要保人時，需另檢附關係證明文件)，並於公司將款項匯入法定代理人/監護人帳戶時，視為受益人已承認對其為給付。					
	匯款至 <input checked="" type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 受益人之法定代理人/監護人(身故/失能案件不適用) <input type="checkbox"/> 前次理賠申請帳戶					
	戶名(外幣保單請填寫英文名)	Daqiang Zhang				
通知方式	照會/理賠審核給付通知書採以下列方式擇一送達，若多項勾選或未勾選，即以簡訊通知。 <input type="checkbox"/> 簡訊通知至本申請書內您所填的「行動電話」 <input checked="" type="checkbox"/> E-Mail通知至本申請書內您所填的「E-Mail」 <input type="checkbox"/> 郵寄「書面紙本」至本申請書內您所填的「聯絡地址」(未填寫，逕自寄送保單通訊地址) 溫馨提醒： 1.若選用簡訊通知，即享優先處理與即時理賠通知。 2.選擇E-Mail、郵寄「書面紙本」通知者，將不會收到理賠受理與結案簡訊通知。 3.若簡訊、E-Mail通知失敗或填寫不全，則採郵寄「書面紙本」至本申請書內所填「聯絡地址」(未填寫，逕自寄送保單通訊地址)。					
	銀行 <input checked="" type="checkbox"/> 渣打銀行 / <input type="checkbox"/> 郵局 銀行 中壢 分行 <input type="checkbox"/> 郵局 帳號 12345677654322 <small>若有多位受益人，欄位不敷填寫，可改提供每位受益人之存摺封面影本 郵局帳號請先填寫局號再填帳號</small>					
	病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書 被保險人同意 貴公司得依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定，就被保險人個人病歷、醫療及健康檢查等資料進行蒐集、處理及利用，並於確定或履行 貴公司與被保險人間之保險契約義務特定目的之必要範圍內為之(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)。					
聲明事項	1.受益人茲委任「送件業務員/保險經紀人/保險代理人」(即受任人)代為處理本件理賠申請事宜，受益人同意 貴公司將本件理賠結果內容通知受任人，並將理賠申請相關文件交付予受任人，由其代為轉交。 2.為確認本次理賠申請所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，受益人同意 貴公司將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。 3. <input checked="" type="checkbox"/> 受益人瞭解且同意 貴公司得將本件理賠相關資料提供予本係保險契約之原招攬保險經紀人(指個人執業經紀人或經紀人公司)，並同意於其營業目的或其他法令許可之範圍內蒐集、處理及利用本人之個人資料。(未勾選視同不同意)					
	被保險人/受益人：張大強 【請簽章】 法定代理人/監護人/輔助人： _____ 【請簽章】 法定代理人/監護人/輔助人身分證字號： _____ 出生日期： _____ 國籍： _____ 性別： _____ 聯絡地址：(郵遞區號 110411) 台北市信義區松智路100號100樓 連絡電話：02-87654321 行動電話：0988-654321 E-Mail：Daqiang@gmail.com					
	中華民國 113 年 1 月 1 日					
業務填寫欄	要保單位(團體險)	業務員所屬單位	業務員		受理欄【本公司使用】	
	請蓋章	請蓋章	簽名：	登錄證號碼：	行動電話：	理賠號碼：



※申請各項保險給付應檢附文件一覽表

注意： 實際應檢附文件仍以各保單條款 為準。	醫療險				失能		身故			豁免保費	重大疾病	重大傷病	長期照顧	提前給付	職災			
	實支實付型	日額、定額型	骨折未住院	癌症醫療	部分失能	完全失能	疾病身故	意外身故	癌症身故						身故	薪資	喪失工作能力	失能
保險金申請書	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
受益人的身分證明	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
保險單或其謄本						◎	◎	◎	◎									
被保險人除戶籍謄本							◎	◎	◎									
死亡證明書/相驗屍體證明書							◎	◎	◎						◎			
診斷證明書/失能診斷證明書	◎	◎	◎	◎	◎	◎				◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎
醫療費用明細及收據	◎																	
病理組織切片或相關檢驗報告 (癌症)				◎					◎	◎	◎							
病歷及其他醫學量表													◎					
全民健康保險保險人核發之 「重大傷病」證明文件正本												◎						
意外傷害事故證明文件 (如 X 光片)			◎					◎										
職業災害證明文件 (勞保局核定通知書)															◎	◎	◎	◎

※應檢附文件資料說明及申請注意事項如下：

- 理賠保險金申請書須由受益人本人親自填妥簽章，如受益人不只一人時，所有受益人均須簽章。
 - 如未滿七歲之未成年人，由其法定代理人代為簽章（簽章須為未滿七歲未成年人之姓名）及其法定代理人簽章。
 - 如已滿七歲以上之未成年人有限制行為能力人，由受益人本人及其法定代理人簽章。
 - 上述由法定代理人簽章之情形，須檢附被保險人或受益人與法定代理人之關係證明（如戶口名簿影本或戶籍謄本正本）。
 - 受益人為受監護或輔助宣告之人，須由其監護人或輔助人代為簽名蓋章，並請檢附法院宣告監護或輔助之裁定書。
 - 如不識字、手部受傷或缺失而無法簽名，可以手印或印章代替，但以手印代替者須有二位見證人簽名並填上身分證字號。
- 副本：係指影印本並再加蓋醫院、診所或地檢署之關防。（勿檢附彩色影印本）
- 身故件之「死亡原因」為「解剖鑑定中」者，受益人應檢附「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 申請意外身故或失能件，請提供「意外傷害事故證明文件」（如警方證明文件）等資料，以加速審核。
- 受益人的身分證明：
 - 要保書上若已指名身故受益人，受益人可檢附戶籍謄本正本或身分證影印本或戶口名簿影印本。
 - 若受益人為法定繼承人者，則須檢附全體法定繼承人之戶籍謄本正本。
- 申請原因若為「失蹤」：
 - 一般失蹤件，申請時請檢附法院「死亡宣告」判決（代替死亡證明書）、登記失蹤之戶籍謄本（代替除戶戶籍謄本）和「全體受益人切結書」。
 - 如為意外失蹤件，除檢附法院「死亡宣告」判決、登記失蹤之戶籍謄本和「全體受益人切結書」外，另需檢附「意外事故證明」。
- 申請「提前給付」、「失能保險金」、「豁免保險費」者，若本公司評估被保險人體況必須進行體檢時，其費用由本公司負擔。
- 申請於國外發生保險事故時，請檢附護照影本及相關就診之完整病歷資料，以加速理賠處理時效。
- 倘若保險契約遭強制執行，且受益人（即債務人）申請之保險金屬於強制執行法第 122 條第 2 項規定所稱之「係維持債務人及其共同生活之親屬生活所必需者」，得依強制執行法第 12 條規定向法院聲請或聲明異議。
- 申請 OIU 保單之身故或完全失能理賠時，須經中華民國駐外單位（館處）或其授權之機構驗證被保險人死亡證明書或失能診斷證明書。
- 若主、附約依約給付後終止，而該保單仍有附加其他長年期附約者，且該長年期附約之被保險人仍生存者，一律自動延續該長年期附約效力至滿期。惟若有下列情形時，請繼續辦理保單變更：
 - 本保單之要保人與主契約被保險人為同一人且身故者，請以「保險契約內容變更申請書」辦理要保人變更（須符合保險利益），各附約被保險人均須簽名同意。
 - 若原付款授權人已身故，請填寫「轉帳授權申請暨約定書」辦理付款人變更；在未變更前保單之收費管道將改為自行繳費方式。
- 除上列各項應備文件外，本公司經審核如認為需要其他相關證明文件時，將會另行通知受益人。
- 配合 107 年 5 月 18 日立法院三讀通過之保險法修正案，調整「殘廢」、「失能」等相關名詞，惟前述調整不影響您的保單權益；相關內容請逕行參考本公司官網資訊。（即「殘廢」一詞修改為「失能」）
- 填寫本申請書如有任何疑問，請撥客服專線 0809-0809-68 或海外免費諮詢暨申訴專線 +800-0809-6868，本公司將有專人竭誠為您服務！



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) 〇〇一 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。