

# 法定繼承人聲明書

立書人等茲以 貴公司保單號碼第\_\_\_\_\_號保險契約(以下稱本保單)之□要保人□被保險人□受益人(以勾選者為準，以下稱被繼承人)之全體法定繼承人身分，共同聲明下列事項：

- 一、立書人等聲明並保證確係被繼承人之第一優先順位之全體法定繼承人，並無其他同順位或優先順位之法定繼承人存在，並檢附關係證明文件戶籍謄本正本\_\_\_\_\_份。
- 二、授權\_\_\_\_\_代為辦理本保單以下申領手續(可複選)：
  - 身故給付：包括但不限於身故保險金、保單價值準備金、紅利、被保險人身故前尚未領取之相關保險金、帳戶價值、基金配息、未到期保險費或溢繳保險費。
  - 生存保險金、滿期金、祝壽保險金或年金。
  - 承繼為本保單新要保人以承受一切權利義務，包括但不限於繳交每期保險費、收受 貴公司相關通知、領取尚未受領之紅利、解約金或其他相關給付事宜。
- 三、立書人等同意並承諾不再就本保單向 貴公司為任何主張或請求，倘日後另有他人出面主張本保單之權利或因本聲明書產生任何糾紛時，立書人等願負相關法律責任，並將已領得之上述款項全部返還，並加計自領取日起至返還日止，依民法第203條法定週年利率計算之利息，如 貴公司因此受有任何損害(包括但不限於 貴公司所支出之律師費及訴訟費)，立書人等同意負擔賠償責任。

## 壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

保誠人壽(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、第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

- 一、蒐集之目的：(一) 001 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、電話、地址及其他依執行業務所需蒐集之個人資料。
- 三、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。
- 四、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：向本公司查詢、請求閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理或利用及刪除。
  - (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。
- 五、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。

立書人：	【請簽章】	立書人：	【請簽章】
身分證字號：		身分證字號：	
聯絡電話：		聯絡電話：	
聯絡地址：		聯絡地址：	
立書人：	【請簽章】	立書人：	【請簽章】
身分證字號：		身分證字號：	
聯絡電話：		聯絡電話：	
聯絡地址：		聯絡地址：	
法定代理人/監護人/輔助人：	【請簽章】	見證人：	【請簽章】
身分證字號：		身分證字號：	
聯絡電話：		聯絡電話：	
聯絡地址：		聯絡地址：	

(立書人如為未成年人、受監護或輔助宣告之人者，須由法定代理人/監護人/輔助人簽名同意)

中 華 民 國 年 月 日