



全球人壽保險股份有限公司
團體保險履行個人資料保護法告知義務及內容書

全球人壽保險股份有限公司（以下稱本公司）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，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

- (一) 00— 人身保險。
- (二) 0六九 契約、類似契約或其他法律關係事務。
- (三) 0九0 消費者、客戶管理與服務。
- (四) 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：

- (一) 姓名。
- (二) 身分證統一編號。
- (三) 地址等聯絡方式。
- (四) 病歷、醫療及健康檢查。
- (五) 其他因本契約業務需要之業務申請書或契約書內容。

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、個人資料利用之期間、地區、對象、方式：

- (一) 期間：本保險契約之有效期間及依法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象：本公司、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、台灣票據交換所、招攬本契約之保險經紀人或保險代理人、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、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，被蒐集個人資料之當事人就本公司保有其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. 查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 - 2. 請求補充或更正。
 - 3. 請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二) 行使權利之方式：書面。

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、遲延或無法承保。

=====

經 貴公司告知上開事項，下列人員已清楚瞭解 貴公司蒐集、處理或利用下列人員個人資料之目的及用途，下列人員並同意 貴公司基於人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等需要，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，得蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等前述個人資料。

被保險人本人簽名：_____ 被保險人配偶簽名：_____

被保險人子女簽名：_____

未成年者其

被保險人父母親簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (要保單位： 慈濟學校財團法人慈濟大學)

受益人指定卡



要保單位：_____

保單號碼：_____

*受益人之指定以被保險人之家屬或法定繼承人為限。

*受益人有二人以上時，請勾選保險金給付方式，若未勾選則以均分方式給付。

*請親自簽名，若未滿七歲者，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲（含）以上未滿二十足歲【自 112 年 1 月 1 日起則為十八足歲】者，由本人及法定代理人簽名。

*如有被保險人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

姓名	出生日期	男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>	身分證字號/護照號碼	員工編號	未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/>	
身分	被保險人姓名	左欄被保險人身故保險金受益人				被保險人簽名 <small>(未成年者其法定代理人亦須簽名)</small>
	姓名	身分證字號	出生日期	關係	給付方式	
本人					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 依填寫序號決定順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)	被保險人：_____ 法定代理人：_____ 身分證字號：_____ 出生日期：_____
配偶					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 依填寫序號決定順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)	
父母					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 依填寫序號決定順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)	
父母					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 依填寫序號決定順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)	
子女					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 依填寫序號決定順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)	被保險人：_____ 法定代理人：_____ 身分證字號：_____ 出生日期：_____
子女					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 依填寫序號決定順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)	被保險人：_____ 法定代理人：_____ 身分證字號：_____ 出生日期：_____

填寫日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日