

遠雄人壽保險事業股份有限公司

法定繼承人聲明同意書

保單號碼：	送件單位：
被保險人：	服務人員：

吾等(係指聲明人)茲以 貴公司上述保單號碼之保險契約所記載之□要保人 □被保險人 □受益人 之全體法定繼承人共____人身分, 吾等確係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, 經協商後全體同意並授權由_____代為向 貴公司辦理上述保單號碼之保險契約以下申請手續(可複選):

- 申請理賠(例如:身故保險金、返還年金保單價值準備金、身故前醫療保險金、未到期保費等)
- 生存保險金、滿期保險金、祝壽保險金或年金
- 其他保險相關給付(例如:失效退保價、紅利給付、增值回饋分享金給付、契變或溢繳退費等)
- 承繼為上述保險契約新要保人, 並繼受該保險契約所有權利與義務

吾等知悉倘若上述第一優先順位之法定繼承人係直系血親卑親屬, 而其中有先於被繼承人身故發生前死亡者, 則應適用民法繼承編有關代位繼承之相關規定。

嗣後絕無任何異議; 吾等同意並承諾不再就上述保單申請項目向 貴公司為任何主張或請求, 同時聲明並無其他得主張權利之第三人, 日後若有繼承糾紛或冒領等情事, 或因本聲明同意書產生任何糾紛者, 吾等願連帶負責將全數款項返還 貴公司, 並加計自領取日起至返還日止, 依法定利率計算之利息, 如有任何法律糾紛, 概由吾等自行負責, 與 貴公司無涉, 若因而致生 貴公司遭受求償或其他不利益者, 吾等應出面解決, 倘 貴公司因此受有任何損害(包含但不限於貴公司所支出之訴訟費或律師費), 吾等應負連帶賠償責任, 絕無疑義, 特此聲明。

履行個人資料保護法告知義務內容:

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。

「※吾等已詳細閱讀與瞭解上開相關聲明事項及「履行個人資料保護法告知義務內容」, 並同意 貴公司就吾等之個人資料, 於法令所規定之範圍內, 有為蒐集、處理及利用之權利。」

此 致 遠雄人壽保險事業股份有限公司

聲明人姓名: _____ (簽章) 法定代理人: _____ (簽章)

身分證字號: _____ 身分證字號: _____

住址: _____

聲明人姓名: _____ (簽章) 法定代理人: _____ (簽章)

身分證字號: _____ 身分證字號: _____

住址: _____

聲明人姓名: _____ (簽章) 法定代理人: _____ (簽章)

身分證字號: _____ 身分證字號: _____

住址: _____

見證人: _____ (簽章) 身分證字號: _____

本人(見證人)確實會晤聲明人本人並見證簽章無訛, 如有虛偽、隱匿致公司遭受損害時, 願依規定負責, 特此聲明。

注意事項: 聲明人需親自簽名蓋章並附身分證影本, 如為未滿七歲之無行為能力人, 應由法定代理人代簽其名, 若為滿七歲而未成年之限制行為能力人, 則需同時由法定代理人親自簽名蓋章並附身分證影本。見證人應確實會晤聲明人本人並見證簽章無訛, 如有虛偽、隱匿致公司遭受損害時, 願依規定負責, 特此聲明。

中華民國 年 月 日 共 頁