



保單號碼：_____

填寫日期：_____年_____月_____日

項 目	中 文	英 文
受款人姓名		
受款人地址		
受款銀行名稱		
分行 / 支行 / 分理處名稱		
受款銀行城市		
受款銀行地址		
受款銀行國別 (未列示於右側之地區免填寫本欄)	<input type="checkbox"/> 美國 US · ABA Routing : _____	
	<input type="checkbox"/> 英國 GB · Sort Code : _____	
	<input type="checkbox"/> 澳洲 AU · BSB Number : _____ (銀行碼 6 碼)	
	<input type="checkbox"/> 加拿大 CA · Transit Number : _____ (銀行碼 3 碼+分行碼 5 碼 · 共 8 碼)	
	<input type="checkbox"/> 歐洲地區及歐盟國家 · IBAN No : _____ (約 20-28 碼不等)	
受款銀行類別	<input type="checkbox"/> DBU(外匯指定銀行)	帳戶持有人之 銀行編碼 ID (OBU 必填)
	<input type="checkbox"/> OBU(國際金融業務分行 · 國別碼=XA)	
受款人帳號		受款銀行 Swift Code

※本人已詳細閱讀並確實瞭解全球人壽保險股份有限公司揭露之「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」(詳下方)內容，並於下方簽名欄中親自簽名確認。下方簽名欄應由當事人本人依本保單最後所載之簽名樣式親自簽名，如有虛偽不符，簽名人應負法律上責任；未滿 18 足歲另需其法定代理人簽名。

要保人簽名：_____

法定代理人簽名：_____

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

全球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)人身保險。(二)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)識別類：1.辨識個人者：如姓名、職稱、住址、電話、電子郵件地址及其他任何可辨識資料本人者等。2.辨識財務者：如金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼等。3.政府資料中之辨識者：如身分證統一編號、統一證號、殘障手冊號碼、證照號碼、護照號碼等。(二)特徵類：1.個人描述：如年齡、性別、出生年月日等。2.身體描述：如身高、體重等。3.習慣：如抽煙、喝酒等。(三)家庭情形：如結婚有無、家庭成員之細節等。(四)社會情況：如所有或具有其他權利之動產或不動產之價值等。(五)財務細節：如收入、所得、資產與投資、負債與支出、外匯交易紀錄、票據信用、保險細節等。(六)健康與其他：如醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙手冊證明資料等。(七)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。
- 三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)：**(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、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：以書面方式行使上述權利(查詢 台端個人資料可另以本公司服務電話及網路網路方式)。
- 六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：**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。

