

聯旗保險代理人履行個人資料保護法告知書

暨病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人（即被保險人），本人已瞭解下述告知說明，並同意 貴公司就本人透過 貴公司辦理相關保險業務時所檢附之病歷、醫療及健康檢查等個人資料於特定目的之必要範圍內為蒐集、處理及利用，以及將上開資料轉送與 貴公司所代理之保險公司辦理相關保險業務。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

一、蒐集之目的：（一）保險代理（二）人身保險（三）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：姓名、身分證統一編號、護照號碼、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、財務狀況、社會活動、被保險人的病歷、被保險人的醫療、被保險人的健康檢查等。

三、個人資料利用之期間、地區、對象、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、本公司所代理之保險公司、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人保險犯罪防制中心、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、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、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， 台端就本公司及本公司所代理之保險公司保有 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：以書面或致電本公司客戶服務專線(電話：04-22017858)之方式行使權利。

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轉送、客戶服務等作業，因此將婉謝、延遲或無法提供 台端相關服務。

此致

聯旗保險代理人股份有限公司

受告知人：要保人_____（簽章） 要保人身份證字號_____

受告知暨立同意書人簽名（即被保險人）：_____

受告知暨立同意書人身份證字號：_____

法定代理人簽名：_____

中 華 民 國 年 月 日