

申請日期:	保單號碼:	支票號碼:
付款銀行:	帳號:	支票金額:
票據付款事由	<input type="checkbox"/> 保險理賠給付-一般給付 <input type="checkbox"/> 保險理賠給付-死亡給付 <input type="checkbox"/> 保全給付申請 <input type="checkbox"/> 新契約變更申請 <input type="checkbox"/> 續期保費退費申請 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
	<input type="checkbox"/> A. 取消平行線 <input type="checkbox"/> B. 取消禁止背書轉讓 <input type="checkbox"/> C. 其他變更項目	受款人要求親臨發票銀行領取現金 申請原因: _____ <input type="checkbox"/> (1)7足歲以下 <input type="checkbox"/> (2)7足歲以上, 無帳戶 申請項目: _____ 申請原因: _____
※依「人壽保險業防制洗錢及打擊資恐注意事項範本」如支票金額達新臺幣五十萬元(含等值外幣)以上, 且要求取消支票禁止背書轉讓者, 應請申請人說明原因, 並作適當之註記。 ※本票據變更申請書, 本公司保有最後核准之權利。		
申請人簽章 申請人親簽: (支票受款人) (未滿七足歲者, 由法定代理人代為簽名; 七足歲以上者, 由本人親簽) 身分證字號: _____ 聯絡電話: _____ 填寫日期: 年 月 日	要保單位用印: _____ 法定代理人 / 監護人/ 輔助人 親簽: _____ (申請人(支票受款人)為未成年或受監護宣告或受輔助宣告之人時, 需其法定代理人/監護人/輔助人親簽確認) 身分證字號: _____ 聯絡電話: _____	
送件人簽章 招攬(服務)人員 親簽: (送件人) _____ 簽核日期: 年 月 日	業務單位主管 (處經理以上主管) _____ 審核簽章: _____ 保經/保代公司 審核簽章: _____ 簽核日期: 年 月 日 簽核日期: 年 月 日	
本人(申請人)詳知上述票據變更作業風險及第二頁之履行個人資料保護法告知義務內容; 未來如因上述變更事項所產生之任何法律糾紛, 均由本人(申請人)全權負責, 概與貴公司無關。		
本公司行政單位受理審核記錄 (申請人請勿填寫)		
受理單位簽核	電訪記錄說明 (超過表格次數, 請自行填列)	
	<input type="checkbox"/> 第一次: 年 月 日 時 分, 電話: _____ 結果: _____ <input type="checkbox"/> 第二次: 年 月 日 時 分, 電話: _____ 結果: _____ <input type="checkbox"/> 第三次: 年 月 日 時 分, 電話: _____ 結果: _____	

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：

票據變更申請。

二、蒐集之個人資料類別：

以 台端與本公司往來之申請書所列，包括姓名、相片、家庭情形、身分證統一編號、保單號碼、金融帳戶號碼、聯絡方式等必要個人資料類別為限。

三、個人資料之來源：

(一) 要保人 (二) 被保人 (三) 受益人 (四) 當事人之法定代理人、監護人、輔助人。

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。

(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. 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：台端得以書面(包含電子郵件、傳真、電子文件)，或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，因此可能遲延或無法提供台端相關服務或給付。