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事故發生前死亡者，則應適用民法繼承編有關代位繼承之相關規定。並已知悉因要保人身故，致申請要保人變更時，將涉及遺產稅之課徵，應向各地國稅局完備遺產稅之申報。

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)、行銷(包含金控共同行銷業務)(040)、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)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(063)、保險監理(066)、契約、類似契約或其他法律關係事務(069)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、消費者保護(091)、會計與相關服務(129)、網路購物及其他電子商務服務(148)、輔助性與後勤支援管理(150)、調查、統計與研究分析(157)、其他金融管理業務(177)、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**：(一)識別類：1.辨識個人者：如姓名、職稱、住址、電話、電子郵遞地址、網際網路協定(IP)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、意外或其他事故及有關情形等。(五)教育、考選、技術或其他專業：如學校紀錄等。(六)受僱情形：如現行之受僱情形等。(七)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。(八)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。(九)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**：(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、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有業務往來之公司（如：再保業務、金融機構、保經代公司）、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