

富邦人壽保險股份有限公司

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除本公司「富邦人壽保險股份有限公司履行個人資料保護法告知說明書」所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若 台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料，本公司將可能無法提供 台端相關人身保險業務之申請及辦理。

立同意書人（即被保險人），已瞭解上述說明，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。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。

此致

富邦人壽保險股份有限公司

主 被 保 險 人 簽 名：_____

法 定 代 理 人 簽 名：_____

※若附加眷屬附約，請簽名：

配 偶 簽 名：_____

子 女 簽 名：_____

※若附加「要保人與被保險人不同一人」型別之豁免保險費附約被保險人（即要保人），請簽名：

要 保 人 簽 名：_____

中華民國

年

月

日

* 0 1 0 5 0 0 A W 1 0 1 *

