

個人資料當事人行使權利申請書

<b>保單號碼</b>			
<b>個人資料當事人 基本資料</b>	身分別： <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	姓名		身分證字號
	電話號碼		電子郵件
	通訊地址		
<b>個人資料檔案或內容</b>	請列舉所要查詢、閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理或利用、刪除之個人資料檔案名稱或個人資料內容：		
<b>請求事項</b>	請勾選請求行使權利事項（可複選）： <input type="checkbox"/> 1.查詢 <input type="checkbox"/> 2.閱覽 <input type="checkbox"/> 3.製給複製本 <input type="checkbox"/> 4.補充 <input type="checkbox"/> 5.更正 <input type="checkbox"/> 6.停止蒐集、處理或利用 <input type="checkbox"/> 7.請求刪除		
<b>原因說明</b>	請說明請求行使權利之原因：		
<b>檢附文件</b>	請勾選所檢附之證明文件： <input type="checkbox"/> 當事人之國民身分證正反面影本乙份 <input type="checkbox"/> 委託他人申請者，應提出當事人授權書及當事人與受託人之身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 請求補充或更正個人資料之釋明證據		
<b>領件方式</b>	<input type="checkbox"/> 請郵寄至：_____。 <input type="checkbox"/> 請傳真至：_____。 <input type="checkbox"/> 請回覆至電子信箱：_____。		
<input type="checkbox"/> 當事人暨申請人所填資料及檢附文件均為真實，如有不實，願負法律責任。 <input type="checkbox"/> 委託他人申請者，受託人所填資料及繳附文件均為真實，如有不實，願負法律責任。 此 致 英屬曼島商蘇黎世國際人壽保險股份有限公司台灣分公司 申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 當事人暨申請人：_____（簽章） 受託人：_____（簽章）			
<b>備註：</b> 1. 隨本申請書所檢附之證明文件，均為當事人身分證明之用，將於完成權利行使事項後立即銷毀。 2. 本公司經審核確認身分後，依下列時程審理回覆。如需延長，並應將延長原因以書面通知當事人： (1) 申請查詢、閱覽、製給複製本時，本公司應於受理日起15日內回覆。必要時，得予延長，但延長時間不得超過15日。 (2) 申請補正、停止處理及利用、請求刪除時，本公司應於受理日起30日內回覆。必要時，得予延長，但延長期間不得超過30日。 3. 具有法定拒絕事由時，本公司將依法拒絕。拒絕時，並一併將拒絕原因告知當事人。			