

電子單據服務申請書

要保人：_____ 身分證字號：_____

申請電子單據服務：

本人同意於南山人壽之所有有效保單之紙本通知單，自下一期開始改以電子文件型式寄送至要保人指定之電子郵件信箱(E-Mail)。

要保人之電子郵件信箱：_____

變更電子郵件信箱：_____

◎電子郵件帳號請填寫工整，英文字母請以大寫方式填寫，並請留意以下填寫方式：【數字0請寫0】、【Z、數字2】、【V、U】及符號【-、_】。

取消電子單據服務

【約定事項】

1. 本申請書約定以電子文件型式寄送至要保人指定電子郵件信箱(E-Mail)之各項單據/通知書，詳如下表，並參閱南山人壽網站公告：

表單名稱	表單名稱
保險費通知單	生存金給付通知
金融機構/信用卡繳費未能扣款通知單	投資型保單價值定期通知書
續期保險費送金單	萬能保單價值定期通知書
保全資料不全通知書	利率變動型年金價值定期通知書
保單復效通知書	

◎日後南山人壽電子單據項目概以南山人壽網站上公告為準，除要保人申請取消本電子單據服務外，南山人壽電子單據項目之各項單據/通知書寄送至要保人指定之電子郵件信箱(E-Mail)，不另行通知。

2. 本電子單據服務申請經南山人壽核准後生效，並適用於要保人之所有有效保單，包含本電子單據服務申請生效後所投保者，將同時一併適用之。
3. 凡申請本電子單據服務者，南山人壽就上述單據，將改以電子文件型式寄送至要保人指定之電子郵件信箱(E-Mail)，不再送交紙本，並於南山人壽寄送時視為已送達。
4. 就要保人於南山人壽所投保之保險商品，如有選擇以E-Mail方式通知保單帳戶價值等定期揭露事項等，如其所約定之E-Mail與本申請書上述所載不同者，於申請本電子單據服務時，視為同意變更為本申請書上所約定電子郵件信箱(E-Mail)。
5. 日後若依法令或主管機關規定上述單據須採書面通知方式，或因電子郵件信箱(E-Mail)錯誤導致無法寄送者，則將改以書面寄送。惟於電子郵件信箱錯誤之情形，要保人仍可填寫申請書再次申辦。
6. 要保人如申請終止本電子單據服務，即自南山人壽核准日起，恢復以寄送實體書面文件至要保人最後提供之通訊地址進行通知。
7. 保單之要保人有所變更，則該變更要保人之保單之「電子單據服務」即自動終止，新要保人得重新填載申請書向南山人壽申辦。
8. 要保人同意南山人壽依「個人資料保護法」相關規定，對要保人之個人資料予以蒐集、處理、利用或國際傳遞。
9. 若要保人多次申請或終止電子單據服務時，以南山人壽最後書面受理之電子單據服務申請書所填寫之內容為主。

要保人已詳細閱讀「約定事項」及其背面「南山人壽蒐集、處理及利用個人資料告知書」，並確實瞭解告知內容之相關權益及應注意事項，並同意依本申請書之約定向南山人壽申請電子單據服務。

此 致 南山人壽保險股份有限公司

要保人簽章：_____ 聯絡電話：_____

法定代理人簽章：_____

(簽章欄應由本人依保單最後登載之簽章方式親自簽章；未滿七歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲<含>以上未成年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽名。)

申請日期： 年 月 日

P5000311208H

檔案編號：

南山人壽蒐集、處理及利用個人資料告知書

◎南山人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條第一項規定,向您告知下列事項,請您詳閱:

一、蒐集之目的:(一)〇〇一人身保險(二)〇三六存款與匯款(三)〇六七信用卡、現金卡、轉帳卡或電子票證業務(四)〇六九契約、類似契約或其他法律關係事務(五)〇九〇消費者、客戶管理與服務(六)一八一其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。

二、蒐集之個人資料類別:姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、信用卡卡號、金融機構帳戶等個人資料,詳如本申請書內容。

三、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、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理人公司或保險經紀人公司、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、財團法人保險犯罪防制中心、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關、美國 FATCA 申報單位(符合 FATCA 身分者)。

(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,您就本公司保有您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:書面。

五、您不提供個人資料所致權益之影響:您若未能提供相關個人資料時,本公司將可能無法提供您完善的人身保險服務。

公 司		核 定 欄		受理單位/保經代簽署章	行政助理	保險業務員/經紀人/
核定	審核	經辦 <input type="checkbox"/> 簽章無誤 <input type="checkbox"/> 應備文件全 <input type="checkbox"/> 審核不符,退件	受理 <input type="checkbox"/> 臨櫃辦理 <input type="checkbox"/> 保戶直寄 <input type="checkbox"/> 服務人員送件			代理人簽名: _____ 業務員登錄證號/ 執業證號: 行動(聯絡)電話: <small>(本申請書係本人親視要保人親自簽章無誤,如有不實導致公司損失,本人願負全部責任,特此聲明。)</small>

P5000311208H