



英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司 團體保險健康聲明書

※本團體保險健康聲明書附於並構成團體保險要保書之一部分※

免費服務及申訴專線：0800-012666，友邦人壽資訊公開說明文件依法登載於友邦人壽網站(www.aia.com.tw)供消費者查閱，消費者亦可至友邦人壽查閱下載或索取書面文件。

1. 本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
2. 投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
3. 保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。

(一)基本資料

要保單位							保單號碼：_____ - _____	
員工成員姓名	出生年月日	身分證號碼	聯絡電話	配偶姓名	子女姓名(1)	子女姓名(2)	父親姓名	母親姓名
被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？如勾選「是」者，請提供			本人 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	配偶 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	子女(1) 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	子女(2) 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	父親 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	母親 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？如勾選「是」者，請提供相關證明文件			本人 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	配偶 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	子女(1) 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	子女(2) 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	父親 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	母親 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

(二)告知事項 請被保險人親自據實回答，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明者，本公司得依保險法第六十四條規定解除保險契約且不退還已繳之保險費。

被保險人告知事項	本人	配偶	子女(1)	子女(2)	父親	母親
職業(含兼業)營業類別/工作內容						
被保險人目前身高及目前體重	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤
*投保壽險、醫療險者，請填寫1~7項問題：	是	是	是	是	是	是
1. 過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其它檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2. 最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
3. 過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (1)高血壓症(指收縮壓140mm/舒張壓90mm以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。(3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。(4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT值檢驗值有異常情形者)。(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。(6)視網膜剝離或出血、視神經病變。(7)癌症(惡性腫瘤)。(8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。(9)糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。(10)紅斑性狼瘡、膠原症。(11)愛滋病或愛滋病帶原。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4. 過去一年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (1)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。(3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。(4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。(5)痛風、高血脂症。(6)青光眼、白內障。(7)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人回答)。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
6. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
7. 是否已確知懷孕？如是，已經_____週？(女性被保險人回答)	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

上述詢問事項回答「是」者，請依下列欄位填寫：
姓名_____ / 病名_____ / 大概就診時間_____ / 檢查、治療結果：門診 住院，約_____天 手術 其他_____ / 目前狀況_____

(三) 確認事項	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險(請勾選)。	本人	配偶	子女(1)	子女(2)	父親	母親
	(一)實支實付型傷害醫療保險：.....	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
	(二)實支實付型醫療保險：.....	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

- (四)聲明事項：**
1. 本人(被保險人)同意貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
 2. 本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
 3. 本人(被保險人、要保人)同意貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
 4. 實支實付型傷害醫療保險適用：本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而貴公司仍承保者，貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知貴公司者，同意貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。
 5. 實支實付型醫療保險適用：本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而貴公司仍承保者，貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知貴公司者，同意貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任，但貴公司應以「日額」方式給付。

被保險人簽名：本人_____ / 配偶_____ / 子女(1)_____ / 子女(2)_____ / 父親_____ / 母親_____

法定代理人簽名：_____ 國籍：_____ 生日：民國_____年_____月_____日 與被保險人關係：_____ 投保申請日期：民國_____年_____月_____日

(未滿七歲或受監護宣告尚未撤銷者，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上但尚未成年者，請由本人及法定代理人簽名。)

保經/保代簽署章	業務員親簽	業務員登錄證號	友邦人壽審核受理欄
本人已核對被保險人身份無誤，且確認被保險人親簽本要保書			

★塗改處請被保險人務必簽名

要保書填寫說明例示

一、「業務員登錄證」?

業務員登錄證係業務員所屬之保險公司依主管機關公佈之「保險業務員管理規則」核發，為具有招攬保險之資格證件，業務員招攬保險時，應出示登錄證，並詳細告知授權範圍。

二、什麼是「要保書」?

要保書是指要保人向保險公司申請投保時所填寫的書面文件。主要內容包括：要保人名稱、代表人姓名、營業性質、地址、電話、被保險人之姓名、出生年月日、職業、地址、電話、身分證統一編號；受益人姓名；要保事項；要保人、被保險人告知及聲明事項、要保人與被保險人簽章等。

三、誰來填寫要保書?

要保書應由要保人及被保險人就有關內容親自填寫並簽章，未經契約當事人同意或授權，保險經紀人、代理人及業務員均不得代填或簽章。若被保險人為未成年人，需經其法定代理人的同意，並於加保申請書上簽章。若被保險人為受監護宣告尚未撤銷者，需由其法定代理人代為填寫並簽章。

四、什麼是「要保人」?

要保人是指對保險標的具有保險利益，向保險人申請訂立保險契約，並負有交付保險費義務之人，其權利及義務為：

- (一)權利：1. 指定各類保險金之受益人。2. 申請契約變更。3. 終止契約。
- (二)義務：1. 繳納保險費。2. 被保險人職業或職務變更及保險事故發生之通知。3. 告知義務。

五、什麼是「被保險人」?

所謂被保險人，指保險事故發生時，遭受損害，享有賠償請求權之人。另依保險法第一百零七條規定，以未滿十五歲之未成年人為被保險人訂立之人壽保險契約，除喪葬費用之給付外，其餘死亡給付之約定於被保險人滿十五歲始生效力。前項喪葬費用之保險金額，不得超過遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之半數。以受監護宣告尚未撤銷者為被保險人之喪葬費用保險金額總和（不限本公司），不得超過遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費用扣除額之半數。

六、「要保人」與「被保險人」之間必須有什麼關係?

要保人對於被保險人須有保險利益，才可以訂立保險契約，而依保險法第二十條之規定，凡基於有效契約所生之利益，亦得為保險利益。

七、什麼是「受益人」?

(一)所謂「受益人」係指被保險人或要保人約定享有賠償請求權之人。(二)受益人通常除有請求保險金之權利外，並可基於利害關係人之身分代繳保險費。(三)受益人之義務則應於知悉保險事故發生後通知保險公司。

八、受益人怎麼指定?

受益人由要保人指定，人數無限制，中途得以變更，次數亦無限制。

九、要保書上要填寫什麼「地址」?有何重要性?

要保書中地址係指要保人之營業登記地址，要保人應確實填寫。要保人住所是保險契

約所有文件之送達地址，若有變更時，要保人應即以書面通知本公司。倘未為地址變更通知，保險公司之各項通知，得以保險契約所載要保人之最後住所發送之。

十、什麼是「主契約」或「主約」?

要保人可向保險公司單獨購買之保險商品，該商品通稱為主契約或主約。

十一、什麼是「附加契約」或「附約」?

附加契約係指附加在主契約，用以保障特定事故的保險商品，一般稱「附約」。「附約」是不單獨販賣的。

十二、保險費繳付的方式有幾種?

採用分期交付方式者分年繳、半年繳、季繳、月繳，保戶可視個人之經濟狀況及需要作選擇，事後仍可申請變更。

十三、什麼是「告知事項」?

告知事項主要為要保書中有關被保險人身體狀況等之詢問事項。應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。

十四、要保書中對健康狀況的告知義務年期或期間(「過去二年」、「最近二個月」、「過去五年」等期間)如何認定?

以要保人填寫要保書所載之申請日期起回溯計算二個月、二年、五年稱之。

十五、什麼是「健康檢查有異常情形」?

(一)健康檢查結果異於檢查標準的正常值或參考值者。

(二)醫師要求或建議作進一步追蹤、檢查或治療者。

十六、什麼是「治療、診療或用藥」?

(一)治療：針對疾病、傷害等異常現象直接加以手術、用藥或物理治療、心理治療等。

(二)診療：對於身體狀況有異常之問診、檢查或治療。

(三)用藥：服用、施打或外敷藥品。

十七、「住院七日以上」怎麼認定?

(一)自辦理住院手續當日至辦理出院手續當日止。

(二)前述計算方式，中間如遇有轉院等中斷住院之情形時，需連續計算在內。

十八、對要保書中告知事項所列疾病名稱有疑問時，該怎麼辦?

(一)詢問診斷醫師。

(二)請洽本公司免費服務電話詢問。電話號碼為：0800-012666。

十九、要保書還有什麼附件?

除了要保書本身之外，尚有投保人須知、要保書填寫說明及保險單條款樣張或影本等附件，提供給要保人及被保險人於填寫要保書參考。

二十、什麼時候需要法定代理人簽章?

(一)未滿七歲或受監護宣告尚未撤銷者訂立保險契約時，須經其法定代理人代為意思表示並簽章。(二)七歲(含)以上但尚未成年者訂立保險契約時，須經其法定代理人簽章同意。但已婚者，不在此限。

附註：本填寫說明例示僅供填寫參考，有關之權利義務，仍請詳閱契約條款之約定。

人壽保險投保須知

一、投保時，應先請業務員出示登錄證，並請其詳細告知登錄證上所載授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。

說明：保險業務員管理規則第六條規定：業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。

說明：(一)保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。」又「要保人有隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或不說明之事實時，不在此限。」

「前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅，或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。」

(二)因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書及體檢表內各項，以及保險公司指定醫師檢查健康狀況時之詢問事項，都需要實實在在詳詳細細的說明或填寫清楚，不能有過失遺漏、故意隱瞞或告知不實情事。(例如：被保險人過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?應據實告知)否則，保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約(不須告知解除原因後一個月內行使)；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人(或被保險人)能證明保險事故發生原因與未告知事項無關。且因未告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

三、除外責任：

說明：(一)保險公司依照保險法規定，有下列原因，可以不負賠償責任。1. 要保人或受益人故意致被保險人於死者(參考保險法第一二一條)。2. 被保險人訂約或復效之日起二年內故意自殺，或因犯罪處死或拒捕或越獄致死者(參考保險法第一〇九條)。(二)此外在人壽保險單條款通常都有詳細說明各種除外責任之範圍，可以參閱。

四、保險責任始期及續期保險費逾期未繳付，保險契約會自動停止效力。

說明：(一)保險公司的保險責任，應自保險公司同意承保並收取第一期保險費後負保險責任，保險公司並應發給保險單作為承保的憑證。若在保險公司同意承保與否之意思表示前預收相當於第一期的保險費，而發生應予給付的保險事故時，保險公司仍須負保險責任。(二)第二期以後的分期保險費，年繳或半年繳者自催告到達翌日起，月繳或季繳者自保險單所載交付日期之翌日起有三十天的「寬限期」如果超過寬限期仍未繳付保險費，保險契約即自動停止效力。

五、投保時，要保書(加送保單申請書、健康聲明書等)應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知悉您的權益，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

六、被保險人為未滿十五歲之未成年人，或受監護宣告尚未撤銷者，其身故保險金給付之限制。

說明：(一)以未滿十五歲之未成年人為被保險人訂立之人壽保險契約，除喪葬費用之給付外，其餘死亡給付之約定於被保險人滿十五歲始生效力。前項喪葬費用之保險金額，不得超過遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之半數。訂立本契約時，以受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，其喪葬費用保險金額總和(不限本公司)，不得超過遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費用扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。

(三)前開內容在保單條款都有詳細規定，可以參閱。

七、本保險商品受保險安定基金之保障。

說明：保險安定基金之保障適用於依我國法律設立許可之本(外)國人壽保險業在我國境內銷售之有效保險契約，但不包括下列契約：

1、未經我國法令許可之保險業在國內銷售之保險契約。2、國內壽險業之國外(總)分支機構在國外銷售之保險契約。3、保險商品之專設帳簿部分。4、依據勞工退休金條例年金保險實施辦法規定銷售之勞退企業年金保險契約及勞退個人年金保險契約。

八、因保險契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：

說明：要保人、被保險人或受益人因保險契約發生爭議時，可依金融消費者保護法規定先向保險業提出申訴，保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆申訴人；申訴人不接受處理結果者或保險業逾上述期限不為處理者，申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向爭議處理機構申請評議。

九、人壽保險之死亡給付及年金保險之確定年金給付於被保險人死亡後給付於指定受益人者，依保險法第一百二十二條規定不得作為被保險人之遺產，惟如涉有規避遺產稅等稅捐情事者，稽徵機關仍得依據有關稅法規定或納稅者權利保護法第七條所定實質課稅原則辦理。相關實務案例請至友邦人壽官網(www.aia.com.tw)查詢。

【附註】本人壽保險投保須知僅供參考，有關之權利義務，仍請詳閱契約條款之約定。

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱本公司)因訂立團體保險契約(下稱本契約)，基於契約投保所需，依據個人資料保護法(下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知如下事項，請 台端詳閱並務必轉告具備被保險人資格之員工(成員)暨其從屬被保險人：

一、蒐集之目的(參照法務部頒佈之「個資法之特定目的及個人資料之類別」)：

(一)人身保險(001)、(二)法院執行業務(055)、(三)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)、(四)契約、類似契約或其他法律關係事務(069)、(五)金融爭議處理業務(060)、(六)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)、(七)消費者、客戶管理與服務(090)、(八)其他經營合於營業登記項目或組織章程鎖定的業務(181)、(九)調查、統計與研究分析(157)、(十)鄉鎮市調解(124)、(十一)其他電子商務服務(148)、(十二)行銷(040)

二、蒐集之個人資料類別(參照法務部頒佈之「個資法之特定目的及個人資料之類別」)：

(C001)姓名、地址、職稱、電話、電子郵件帳號。(C003)身分證字號、護照號碼或居留證號。(C011)年齡、性別、生日、國籍。(C012)身高、體重。(C038)職業。(C111)健康記錄，如：醫療報告、醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙種類、等級等。(C021)結婚有無、子女人數。

三、個人資料之來源 個人資料非由受告知人提供之間接蒐集情形適用：

(一)要保人(要保單位)。(二)受告知之法定代理人、輔助人。(三)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、地區、對象、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：本公司、本公司所屬最終控股公司(友邦保險控股有限公司)及其附屬公司或分支機構、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、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委託外機構、與本公司合作推廣 台端保險契約之保險代理人/保險經紀人(含兼營保險代理人/保險經紀人業務之銀行)、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、犯罪防制機構。

(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)得向本要保單位及本保險公司行使之權利：

1. 查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2. 請求補充或更正。3. 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

六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由受告知人提供之直接蒐集情形適用)：

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。