

項目：公司治理 申訴處理制度

依據：人身保險業辦理資訊公開管理辦法第8條第1項第14款、保險業公司治理實務守則第64條第1項第14款編

號：8-1-14

資料日期：民國113年3月26日

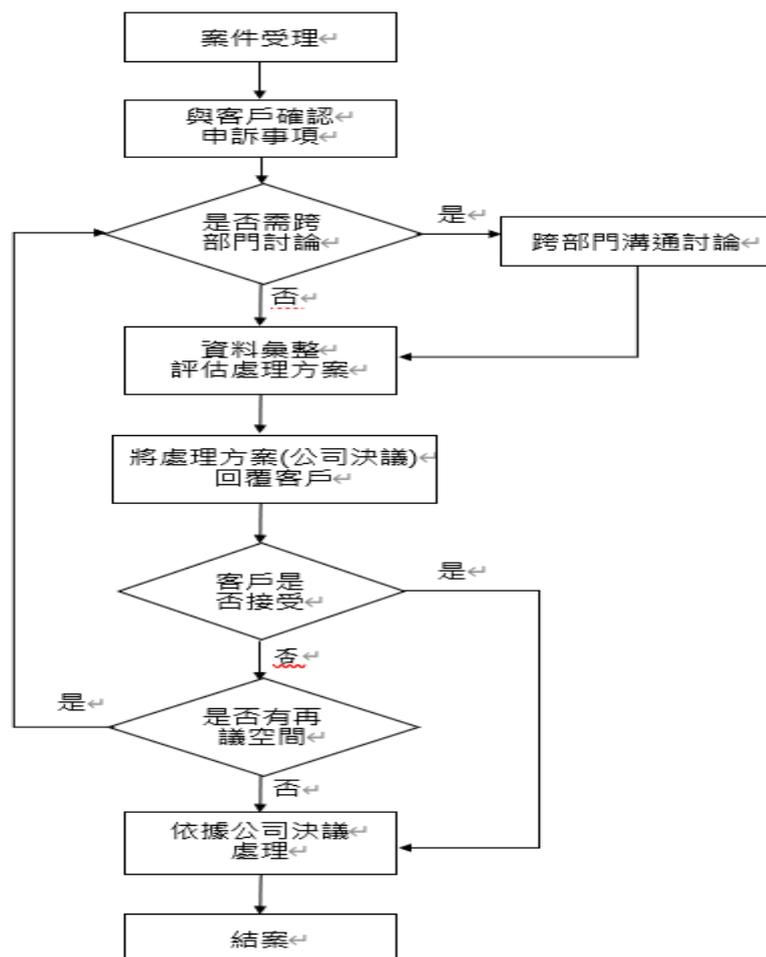
維護日期：民國113年3月26日

維護單位：整合客服中心

一、申訴處理說明：

- 1.保戶與本公司有理賠或是非理賠爭議時，可撥打本公司申訴專線0800-015001，向整合客服中心客服人員反映。或可列印『保戶申訴資料表』且填寫完畢後，郵寄至台北市松山區10570南京東路五段161號10樓(整合客服中心收)。
- 2.整合客服中心依據金融消費者保護法第 13 條之規定：金融消費者就金融消費爭議事件應先向金融服務業提出申訴，金融服務業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆提出申訴之金融消費者。
- 3.因應個資法與保險法第 177-1 條修正，自民國 105 年3 月15 日 (含) 起，若客戶所提供的資料含有病歷、醫療、健康檢查等特種個資時，須簽署並檢附【壽險業履行個人資料保護法告知義務說明書】及【病歷、醫療、健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書】。

二、申訴處理流程如下：



台新人壽保戶申訴資料表

申訴人： 申訴人身分證字號：

要保人： 要保人身分證字號：

被保人： 被保人身分證字號：

申訴人與要保人之關係：

保單號碼：

聯絡電話：

申訴內容：(申訴之理由請詳述投保情形、保險事故發生詳細經過、與本公司之爭執點等。欄位不足時，可另以A4直式紙張書寫)

附件：身分證影本 委任書正本 要保書影本 保險契約條款影本
診斷證明書或相關病歷資料影本 其他

(茲聲明本次申訴所附文件均為真實，如有偽造變造等情事，願負一切法律責任)

注意事項：填妥『保戶申訴資料表』後，請逕寄台新人壽整合客服中心(地址：台北市 10570 南京東路五段161號10樓)，若有任何問題，請致電0800015001。

申訴人簽章：

法定代理人簽章：

壽險業履行個人資料保護法告知義務說明書

台新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)第六條第二項、第八條第一項規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:

- (一) 〇〇一 人身保險
- (二) 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:

- (一) 識別類:例如身分證統一編號、姓名、電話、地址、金融機構帳戶或信用卡資料
- (二) 特徵類:例如性別、出生年月日、國籍、身高、體重
- (三) 病歷、醫療、健康檢查
- (四) 其他:詳如相關業務申請書或契約書內容

三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式:

- (一) 期間:本保險契約之有效期間及依法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象:本公司、本公司所屬金融控股公司及所屬金融控股公司其他子公司與分支機構、業務委外機構、與本公司合作推廣保險契約之保險代理人公司或保險經紀人公司(透過保險代理人或保險經紀人公司投保者)、中華民國人壽保險商業同業公會、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、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。
- (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,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:書面、電子郵件、傳真、電子文件。

五、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 台端相關服務或相關給付。

註:本公司履行上開告知義務,不限取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力;本公司採取下列方式之一保全履行告知義務之證明:

- 一、當事人表明已受告知之書面文件或註明當事人已收受告知書之保單、契約變更或理賠等簽收回條。
- 二、將告知書內容與要保書或保險契約相關申請文件合併列印。

保單號碼: _____

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(即被保險人)同意貴公司基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需要,得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務),蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

此致

台新人壽保險股份有限公司

立同意書人(即被保險人)簽名: _____

法定代理人簽名: _____

中 華 民 國 年 月 日