



保險契約內容變更申請書

《OIU 保單不需健康告知時使用》



2204011

- ☐ 一般變更
☐ 猶豫期變更

※各項變更文件以送達台灣人壽保險股份有限公司(下稱台灣人壽)總公司或各地分公司為受理之開始。

※為維護要保人及被保險人之權益，變更時請同時確認要保人及被保險人留存之聯絡資訊，如需更新，請同時填寫「一、基本資料變更」。

※為確認要保人及被保險人具意願且瞭解其投保內容或變更事項，台灣人壽有可能採取電訪或生調方式聯繫保單相關人員，以符合法令要求並確保您的權益。

※本人茲向台灣人壽申請變更保單內容如下，並同意本申請書經台灣人壽核准後，將作為原保單之一部分。

※如欲查詢保單狀況之相關訊息可透過台灣人壽網站或客服專線 (02)-8170-5156 等管道查詢。

保單號碼		要保人		要保人護照號碼/ 身分證統一編號	
------	--	-----	--	---------------------	--

一、基本資料變更

要保人 資料變更	英文姓名		出生日期 (日/月/年)	
	中文姓名		國籍	
	性別		護照號碼/ 身分證統一編號	
	服務單位/ 營業項目		詳細工作內容	
	職位		行動電話	
	E-mail		聯絡電話	
	住所	是否同意一併變更所有保單之住所? ☐ 同意 ☐ 不同意 (如未勾選，視為不同意)		
被保險人 資料變更	英文姓名		出生日期 (日/月/年)	
	中文姓名		國籍	
	性別		護照號碼/ 身分證統一編號	
	服務單位/ 營業項目		詳細工作內容	
	職位		行動電話	
	E-mail		聯絡電話	
	住所	是否同意一併變更所有保單之住所? ☐ 同意 ☐ 不同意 (如未勾選，視為不同意)		

1. 變更國籍/護照號碼/身分證統一編號/性別時，請一併附「美國海外帳戶 FATCA 身分聲明書」。

2. 要保人同意台灣人壽將有關本保單各項通知之送達以此申請書變更之【住所】地址為準，如有變更時要保人應立即書面通知本公司。

3. 要保人同意留於台灣人壽所有保單之 E-mail 及手機號碼一併更新。

4. 變更姓名應同時更新簽名樣式，請同時填寫「三、簽章樣式變更」。

二、匯款帳戶 (限要保人帳戶)

※ 限要保人開立於臺灣地區可收受外幣的帳戶；收款人所需承擔之「匯款相關費用」請參閱保單條款。

匯款：戶名 _____，帳號 _____，
(請參照存摺填寫)

銀行 _____，分行 _____，SWIFT CODE _____

三、簽章樣式變更

變更對象	☐ 要保人 ☐ 被保險人
變更原因	☐ 變更慣用簽章樣式 ☐ 要保人/被保險人已滿七足歲欲變更簽章樣式 ☐ 其他 _____

※申請要保人/被保險人之簽章樣式、姓名等變更，需同時於簽章欄位簽署變更前與變更後之簽章樣式。



P10510



四、要保人變更

新要保人中文姓名	新要保人英文姓名	護照號碼/ 身分證統一編號	性別	出生日期	國籍
				____年____月____日	☐ 本國 ☐ 其他：
與被保險人關係	營業項目/服務單位	職位	詳細工作內容		
聯絡電話	行動電話	E-mail	住所		
			是否同意一併變更所有保單之住所？ ☐ 同意 ☐ 不同意（如未勾選，視為不同意）		

※申請要保人變更，應注意下列事項：

1. 請一併填寫「美國海外帳戶稅收遵循法案 FATCA 身分聲明書暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書」。
2. 如本保單已有借款或自動墊繳保險費，則清償借款／自動墊繳保險費本息之義務將一併移轉予新要保人
3. 以郵寄方式辦理時，煩請檢附新/舊要保人有效護照影本。
4. 要保人同意台灣人壽將有關本保單各項通知之送達以此申請書變更之【住所】地址為準，如有變更時要保人應立即書面通知本公司。
5. 要保人同意留於台灣人壽所有保單之 E-mail 及手機號碼一併更新。
6. 請變更要保人事涉財產權益之移轉，可能涉及遺產稅或贈與稅之課徵，台灣人壽提醒您應依「遺產及贈與稅法」規定向國稅局辦理申報，以確保您自身權益。

五、受益人變更：本次變更無論增加或減少受益人，皆請詳列所有受益人。

保險金種類	變更後受益人姓名/護照號碼/身分證統一編號/出生日期/國籍/與被保險人關係/聯絡方式					保險金分配方式			
	※保險金受益人有二位(含)以上時，保險金給付之分配方式，請指定順位、比例、均分，指定順位者依序號決定受益順位，指定比例者請註明分配比例之百分比(%)，總合須等於 100%；如未指定，則視為以均分方式辦理。					順位	比例(%)	均分	
身故保險金受益人	(1)	姓名：	護照號碼/身分證統一編號：	出生日期： ____年____月____日	國籍： ☐ 本國 ☐ 其他：	與被保險人關係：			☐ 均分
	☐ 同要保人住所 ☐ 同被保險人住所 ☐ 其他，請填寫以下聯絡資料 聯絡地址：_____ 聯絡電話：_____								
	(2)	姓名：	護照號碼/身分證統一編號：	出生日期： ____年____月____日	國籍： ☐ 本國 ☐ 其他：	與被保險人關係：			
	☐ 同要保人住所 ☐ 同被保險人住所 ☐ 其他，請填寫以下聯絡資料 聯絡地址：_____ 聯絡電話：_____								
	(3)	姓名：	護照號碼/身分證統一編號：	出生日期： ____年____月____日	國籍： ☐ 本國 ☐ 其他：	與被保險人關係：			
☐ 同要保人住所 ☐ 同被保險人住所 ☐ 其他，請填寫以下聯絡資料 聯絡地址：_____ 聯絡電話：_____									
(4)	姓名：	護照號碼/身分證統一編號：	出生日期： ____年____月____日	國籍： ☐ 本國 ☐ 其他：	與被保險人關係：				
☐ 同要保人住所 ☐ 同被保險人住所 ☐ 其他，請填寫以下聯絡資料 聯絡地址：_____ 聯絡電話：_____									
(5)	姓名：	護照號碼/身分證統一編號：	出生日期： ____年____月____日	國籍： ☐ 本國 ☐ 其他：	與被保險人關係：				
☐ 同要保人住所 ☐ 同被保險人住所 ☐ 其他，請填寫以下聯絡資料 聯絡地址：_____ 聯絡電話：_____									
※身故保險金受益人如非被保險人之直系親屬、配偶、法定繼承人時，請同時填寫下列變更原因， 變更原因：_____。 ※要保人已知悉「身故保險金受益人」如係身分別之指定且未填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，台灣人壽將以本人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。									



變更後受益人姓名/護照號碼/身分證統一編號/出生日期/國籍/與被保險人關係/指定匯款帳戶						保險金分配方式		
※受款帳戶限臺灣地區可收受外幣的帳戶；受款人所需承擔之「匯款相關費用」請參閱契約條款。						順位	比例 (%)	均分
祝壽 保險金 受益人	(1)	姓名：	護照號碼/身分證統一編號：	出生日期： ____年____月____日	國籍： ☐ 本國 ☐ 其他：	與被保險人關係：		☐ 均分
		銀行/郵局：	分行：	帳號：	英文戶名：	SWIFT CODE：		
	(2)	姓名：	護照號碼/身分證統一編號：	出生日期： ____年____月____日	國籍： ☐ 本國 ☐ 其他：	與被保險人關係：		
		銀行/郵局：	分行：	帳號：	英文戶名：	SWIFT CODE：		

六、補發保單

原保單因已 ☐ 遺失 ☐ 毀損 ☐ 其他原因 _____，特聲明作廢，並申請補發 ☐ 電子保單 ☐ 紙本保單。

- 申請補發紙本保單時，須繳納工本費每份 CNY100 元或 USD20 元。(限以匯款方式繳付)。
- 申請補發電子保單時，請詳閱「台灣人壽官方網站」之電子保單相關權益事項說明，並填寫「一、基本資料變更」之要保人、被保險人之行動電話(必填)、E-mail 信箱(選填)。

※保單補發後，原保單即予作廢，以補發之保單為準。

七、年金給付方式變更

※年金開始給付前，得申請辦理年金給付方式之變更。
※年金給付方式依申辦商品保單條款之相關約定辦理。

☐ 一次給付

☐ 分期給付 (☐ 年給付 ☐ 月給付)

選擇分期給付者，請續勾選 ☐ 保證期間 (☐ 10 年期 ☐ 15 年期 ☐ 20 年期)

八、減少年金保單價值準備金

減少金額 _____ 元 (依原商品幣別，並請同時填寫「申請原因」)

申請原因：☐ 生活應急/資金周轉需求 ☐ 經濟因素暫時無法繳納保費 ☐ 投保/加保新契約(含台灣人壽及同業) ☐ 其他 _____

※年金保單價值準備金之減少、解約費用、解約費用之免除，依申辦商品保單條款之相關約定辦理。
※請同時填寫「二、匯款帳戶」。

九、復效

☐ 申請復效 (只適用於停效未逾半年之保單)，逾期需依一般正常復效作業辦理。)

- 申請復效，未經台灣人壽同意復效前，請勿先行繳費。
- 申請復效，經台灣人壽通知繳費，於繳清復效保險費後，自翌日上午零時起恢復其效力。
- 要保人未能於台灣人壽通知繳費限期內繳清復效保費時，視為放棄復效，本申請書自動作廢。
- 辦理復效應繳清之保費須以匯款或轉帳方式繳付。
- 停效中之契約不予受理保單補發、契約內容變更等作業。

十、指數連結型商品適用：

回饋分享金給付方式變更	☐ 固定收益帳戶 ☐ 指數連結帳戶
帳戶配置比例變更	固定收益帳戶 _____ % 指數連結帳戶 _____ % ※以 10% 為單位，總計須為 100%。
保險帳戶扣除順序變更	固定收益帳戶為第 _____ 順位 指數連結帳戶為第 _____ 順位
提領保單價值準備金	金額 _____ 元。(依原商品幣別) ※保單價值準備金提領依申辦商品保單條款之相關約定辦理。 ※請同時填寫「二、匯款帳戶」。
	申請原因： ☐ 生活應急/資金周轉需求 ☐ 經濟因素暫時無法繳納保費 ☐ 投保/加保新契約(含台灣人壽及同業) ☐ 其他 _____

十一、補充告知/其他變更項目 (未詳列之項目，請於本欄填寫)

說明：



※蒐集、處理及利用個人資料告知事項：

台灣人壽保險股份有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項之規定，向台端告知下列事項，請台端詳閱：

- 蒐集之目的：**本公司依法務部公告「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」，並參酌本公司行業特性以人身保險業務（001）及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（181）為特定目的之個人資料蒐集、處理及利用。
- 蒐集之個人資料類別：**本申請書所列之個人資料類別。
- 個人資料之來源：**（1）要保人、被保險人及受益人。（2）當事人之法定代理人、監護人或輔助人。
- 個人資料利用之期間、對象、地區、方式：**（1）**期間：**依本公司因執行業務所必須之保存期間及依法令規定應為保存之期間。（2）**對象：**本（分）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、財團法人金融聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊股份有限公司、業務委外機構、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。（3）**地區：**上述對象之所在地區。（4）**方式：**合於法令規定之利用方式。
- 台端依據個資法第三條規定得行使之權利及方式：**
（1）**得向本公司行使之權利：**A、查詢、請求閱覽或製給複製本。B、請求補充或更正、停止蒐集、處理或利用及刪除。
（2）**行使權利之方式：**以書面或撥打本公司 0800-099-850 或(02)8170-5156 客服專線。
- 台端若不提供個人資料所致權益之影響：**本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，恐致遲延或無法提供台端相關服務或給付。

※要保人及被保險人聲明並同意下述約定事項：

- 申請文件請親自簽名同意，要保人為公司者，須加蓋與原要保書相同之印鑑（若留存於台灣人壽之印鑑已曾變更者，以變更後之印鑑為準）。為維護貴保戶權益，本申請書內容，請避免塗改，若有塗改，請重換或請要保人於塗改處簽章。
- 要、被保險人簽章與原留台灣人壽簽章樣式不符或文件未齊全者，台灣人壽將不受理該次變更。
- 停效中之契約不予受理保單補發、契約變更等作業。
- 保單帳戶價值的部分提領，部分提領視為部分終止。
- 本人（要保人、被保險人）同意台灣人壽保險股份有限公司將本變更書上所载本人資料轉送產、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。
- 本人（要保人、被保險人及法定代理人/監護人/輔助人）已詳細閱讀與瞭解「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」及相關注意事項說明，且同意台灣人壽就本人之個人資料，於法定範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

※配合相關法令規範，台灣人壽將視需要向要保人/被保險人進行電話訪問，請勾選適合電訪之時段：

☐上午 9:00~12:00 ☐下午 13:00~18:00 （未勾選者，將由台灣人壽安排電訪時段）

※以下簽章應由要保人/被保險人本人親自為之，且簽章樣式需與要保文件相同；如要保人/被保險人未成年或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者，需其法定代理人/監護人/輔助人一併簽章。

※如本次變更項目含要保人變更，本人知悉因辦理要保人變更事涉財產權益之移轉，可能涉及遺產稅或贈與稅之課徵，應依「遺產及贈與稅法」規定向國稅局辦理申報，以確保自身權益。

(原)要保人簽章：_____ / _____ (新)要保人簽章：_____
(原要保人簽章) (原要保人新簽章)

被保險人簽章：_____ / _____
(被保險人簽章；如要保人與被保險人為同一人可免簽) (被保險人新簽章)

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____

身分證統一編號：_____ 行動電話：_____ 出生日期：_____ 國籍：_____ 關係：_____

申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※保戶辦理變更身故受益人時，已確認變更後之身故保險金受益人為被保險人之配偶、直系親屬，或法定繼承人：☐是，☐否，如否，

請說明：(1)關係：_____ 及(2)原因：_____ 招攬/服務人員簽名：_____

代收區號	招攬/服務人員簽名	登錄字號/ 執業證書編號	覆核主管簽名及行動電話	保經/保代公司簽章	台灣人壽受理章
	*本人已確認及核對客戶身分與身分證明文件相符並親晤要保人/被保險人/法定代理人/監護人/輔助人親自簽章辦理。	行動電話			