

**填寫範例**

案件為合約件時簽約客戶欄需填寫完整

**台灣人壽旅行平安保險契約變更申請表**

簽約客戶欄	合約編號	0A000001	客戶代號	03557017
-------	------	----------	------	----------

【保單號碼：】

要保人(單位) /集體發單件代理人		王○明		身分證字號 /統一編號		A123456789	
經辦	○○○	電話	(02)6603-1912 分機 111		行動電話	傳真 ( )	
原保險期間	自民國 ○○○年 ○○月 ○○日 ○○時(0-24時)起；共計○○日(以台灣標準時間為準)						

保險期間填寫原保險期間

■變更項目(本次變更如需繳交保險費，須於原保險期間完成繳費，本次變更始生效力。)

被保險人(限保險期間生效前)：詳下表、另填名冊

若被保險人為多人時，請填寫旅行平安保險被保險人名冊

加保：

契更項目須勾選及填寫

幣別：新台幣

身分證/護照 /居留證號碼	姓名及簽署	出生日期 (民國年月日)	國籍 (註1)	目前是否有 受監護宣告 (註2)	法定代理人 (被保險人為未成年人或 受監護宣告尚未撤銷者，請填寫)			保險金額			身故受益人						
					姓名及簽署	國籍 (註1)	關係	意外身故 暨失能	意外 傷害 醫療 限額	海外 突發 疾病 醫療 限額	<input checked="" type="checkbox"/> 被保險人之法定繼承人 <input type="checkbox"/> 如下表 (電話及地址) <input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 不同意填寫)	身分證字號	出生日期 (民國年月日)	聯絡電話 及地址			
L223456789	王○美	72.10.17		<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否				○○○	○○○	○○○							

註1: 本國人士，免填國籍欄位。

需親簽

退保：被保險人姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_。

更正資料：被保險人姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 更正項目說明：\_\_\_\_\_。  
(資料更正者：請檢附身分證證明文件)

保險生效日(限保險期間生效前)：自民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分起，計\_\_\_\_\_日。

延長/縮短 保險期間：至民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分止，計\_\_\_\_\_日。  
(限保險期間結束前)(無息退還溢繳保費)

目的地：\_\_\_\_\_。  
\*\*危險地區(依外交部領事事務局公布網站http://www.boca.gov.tw/『紅色警示-不宜前往』地區)，本公司總受理主約保額以新台幣500萬元為限，超過部份自始無效，無息退還超額保費。

其他：\_\_\_\_\_

檢附文件：繳費證明單據 身分證影本 護照影本 居留證影本  
存摺影本 保險費信用卡付款授權書

繳退費方式須勾選及填寫

繳費：匯款 現金(限臨櫃件) 信用卡(請另填保險費信用卡付款授權書) 月結(限合約客戶-公費件)

退費：匯款(戶名：\_\_\_\_\_ 帳號：\_\_\_\_\_ 銀行/分行：\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_)  
支票(依原保單收據地址寄送) 信用卡(限原繳費之信用卡)

■申請人同意 貴公司就申請人之個人資料，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。「蒐集、處理及利用個人資料告知書」詳次頁說明。

聲明事項：本人茲申請變更上述保單之契約內容如上，並同意經貴公司審核同意後，由本人附於保單構成原保險契約之一部份。

要保人(單位)  
代理人 簽署： 王○明

中華民國○○○年○○月○○日○○時○○分

需親簽

審核欄 受理：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

照會 / 不同意變更

同意變更/變更後號碼：

自民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分起生效。

應收保險費 新台幣\_\_\_\_\_元整。

應退保險費 新台幣\_\_\_\_\_元整。

自動回傳：(02)66031907 嘉 義：(05)2315481  
台 北：(02)23810521 台 南：(06)2290452  
新 竹：(03)5254464 高 雄：(07)2858835  
台 中：(04)22522719 東 部：(03)8352682

核定：\_\_\_\_\_ 經辦人：\_\_\_\_\_



## 台灣人壽保險股份有限公司 蒐集、處理及利用個人資料告知書

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(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(間接蒐集者為個資法第九條第一項)規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

### 一、蒐集之目的:

(一)人身保險(00一)

(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)

二、蒐集之個人資料類別:要保人、被保險人、受益人、其他關係人之姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶、保單號碼、保單細節及本公司各類業務所需文件、表單或申請書內容,及被保險人之病歷、醫療、健康檢查等個人資料。

### 三、個人資料之來源:

(一)要(被)保人。

(二)當事人之法定代理人、輔助人。

(三)各醫療院所。

(四)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、對象、地區、方式:

(一)期間: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)公司及本公司海外分支機構、合作推廣公司、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、業務委外機構、與本公司有再保險業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關、財團法人保險犯罪防制中心、海外急難救助公司。

(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:以書面或撥打本公司 0800-099850 或(02)81705156 客服專線方式。

### 六、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 台端完善的人身保險及其他經主管機關核准之服務。