



保險契約內容變更申請書

《傳統型及投資型商品不需健康告知時使用》

一般變更

猶豫期變更

■ 如欲查詢保單狀況之相關訊息可透過本公司網站或客服專線 0800-099-850 或(02)8170-5156 等管道查詢。

保單號碼 _____ 要保人 _____ 要保人身分證字號 _____ 被保險人 _____

E-mail: _____ 行動電話: _____

(為能即時將本次申辦事項之處理狀況及相關權益通知予您, 敬請填寫要保人 E-mail 信箱及行動電話)

本次申請契約內容變更未附上原保單; 要保人特此同意經 貴公司同意後將申請書影本及批註書交要保人自行黏貼於保險單, 並構成原契約之一部分。

1. 要保人變更為 _____ 與被保險人之關係 _____

- ★注意事項: 1. 變更後之姓名非中文、地址/電話非台灣地區、非中華民國身分證字號時, 請併附「美國海外帳戶 FATCA 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/舊要保人身分證影本, 以及新要保人的「美國海外帳戶 FATCA 身分聲明書」。

(1) 國籍: 本國 其他: _____ 身分證字號: _____ 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(2) 職業: 服務單位/營業項目: _____ 詳細工作內容: _____

(3) 住所 _____ 住宅電話: _____

★注意事項: 要保人同意貴公司有關於本保單各項通知之送達以此地址為準, 如有變更時要保人應立即書面通知貴公司。

公司電話: _____ 行動電話: _____ E-mail 信箱: _____

★注意事項: 要保人同意留於 貴公司所有保單之 E-mail 信箱及手機號碼一併更新。

2. 住所變更為 _____

(要保人同意貴公司有關於本保單各項通知之送達以此地址為準, 如有變更時要保人應立即書面通知貴公司。)

3. 要保人姓名變更為 _____ (請於背頁簽章處簽署新、舊姓名) 被保險人姓名變更為 _____

4. 簽章樣式變更 (請於簽章處加蓋新、舊印鑑) 要保人 被保險人

5. 繳別變更為 年繳 半年繳 季繳 月繳

6. 繳費方式變更為 自行繳費(月繳及集體彙繳/集體投保件不適用) 即期票/電匯 (限投資型商品使用)

7. 受益人變更為

申請變更保險金受益人	姓名	身分證字號	與被保險人關係	順位	比例	均分
1. 生存保險金受益人						
2. 滿期還本保險金受益人						
3. 祝壽保險金受益人						
4. 身故保險金受益人						

聯絡地址: _____ 聯絡電話: _____ 行動電話: _____

※身故受益人若非被保險人之直系親屬、配偶、法定繼承人時, 請同時填寫變更原因, 變更原因為: _____。

※本人(要保人)已知悉「身故受益人」如係身分別之指定及本人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形, 則以本人最後所留之聯絡方式, 作為日後受益人之通知依據。

8. 保險單補發 酌收工本費每份 100 元。

9. 主契約變更為

(1) 減額繳清保險 ※實物給付型保險依條款第二十三條【殯葬實物給付的特別約定】規定辦理

(本保單若同時有附加長年期附約或保證續保之一年期附約者, 可選擇保留或終止。如未勾選, 視為同意辦理終止所有附約)

A. 辦理減額繳清保險, 保留下列附約同時將繳別變更為年繳, 並將繳費方式變更為銀行轉帳繳付

(如本保單繳費方式非銀行轉帳, 請填寫銀行轉帳付款授權書, 提出書面申請)。

請詳填欲保留之附約明細 _____, 若保留之附約累計有保單價值準備金,

同意 不同意 保險費逾期未繳納時以保單價值準備金自動墊繳保險費。

B. 辦理減額繳清保險, 終止所有附約

(2) 展期保險 (所有附約同時終止) ※實物給付型保險依條款第二十三條【殯葬實物給付的特別約定】規定辦理

(3) 增加保險金額/ 減少保險金額 (減少保險金額將可能蒙受損失) 為 _____

※實物給付型保險依條款第二十三條【殯葬實物給付的特別約定】規定辦理

(4) 險種轉換 _____

(可轉換之險種、金額及其他相關限制均依 貴公司規定辦理; 另原分紅保單轉換為不分紅保單, 如原保單已累計有保單紅利時, 同時辦理紅利提領)





10. 保單價值準備金的減少：減少金額 _____ 元。(依原商品幣別) 終止日期 _____
 ★注意事項：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。
11. 終止附約 _____ 終止日期 _____
12. 分紅給付方式變更為 現金 抵繳保險費 增購躉繳保險 計息儲存
13. 紅利提領〔若分紅給付方式為『增購躉繳保險』者，則辦理『增購躉繳保險』保額解約〕
14. 增值回饋分享金批註條款。(請一併勾選以下給付方式)
15. 增值回饋分享金給付方式變更為 現金給付 儲存生息 購買增額繳清保險金額。
16. 增值回饋分享金提領
17. 年金給付方式變更為 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) 保證金額
 ★注意事項：1. 年金開始給付前，得申請辦理年金給付方式之變更；2. 年金給付方式依申辦商品保單條款之相關約定辦理。
18. 復效(本申請書只適用於停效未達六個月之保單)
19. 其他 _____

以上變更如有應退金額時，請 抵繳保險費 支票給付(不適用外幣保單)
 電匯 _____ 銀行 _____ 分行 帳號：_____ (限要保人帳戶)
 戶名：_____ (外幣保單請提供外幣帳戶並以正楷書寫)

※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(若留存於本公司之印鑑已曾變更者，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本公司簽章樣式不符或文件未齊全者，本公司將不受理該次變更。
- 停效中之契約不予受理保單補發、契約變更及轉換作業。
- 本件如原約定係以信用卡繳付保險費者，本人同意以原約定之信用卡繳付或退還保險費。
- 契約終止：本公司收到要保人書面通知時開始生效；但若本申請書上載明之終止日期係在 本公司實際收受日之後者，則以本申請書上所載明終止日期辦理，反之，倘本申請書上載明之終止日期先於或早於本公司實際收受日者，則以本公司實際收受日為終止日期。
- 要保人/被保險人傳真辦理契約變更時，約定以 貴公司收受之傳真申請文件暨經 貴公司通知補件本人回覆之文件即為正式合法之契約變更申請文件。本人同意變更書上所載資料提供台灣人壽保險股份有限公司轉送壽險公會建立電腦資料作為其他人壽保險公司受理本人投保時之核保參考，但其他壽險公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以此資料作為承保與否之依據。

※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(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：

- 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識別」，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：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、表單或申請書內容等個人資料。
- 個人資料之來源(經本公司間接取得之個人資料適用)：要(被)保人、當事人之法定代理人及輔助人、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。
- 個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(1)期間：執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(2)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。(3)地區：上述對象所在之地區。(4)方式：合於法令規定之利用方式。
- 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：(1)得向本公司行使之權利：A、向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。B、向本公司請求補充或更正。C、向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(2)行使權利之方式：以書面或撥打本公司 0800-099850 或(02)8170-5156 客服專線方式。
- 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。

※以下簽名應由要/被保險人本人親自為之且簽章樣式需與要保書件相同；如為七足歲以下子女由法定代理人代簽，如未滿法定年齡二十歲者應由法定代理人簽章確認；要保人、被保險人及法定代理人簽章樣式與原要保書件不符時，須同時辦理變更簽章樣式。

要保人簽章	被保險人簽章	受理(業務)人員簽名、電訪日期/時間、登錄證字號/執業證號			
		※保戶如辦理身故保險金受益人變更時，受理(業務)人員是否已確認身故保險金受益人之關係及是否變更為被保險人之配偶、直系親屬，或法定繼承人？ <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否，如否，請說明關係及原因 (1)關係：_____及(2)原因：_____			
		受理(業務)人員簽名：_____			
		登錄證字號/執業證號：_____			
法定代理人簽章	申請日期	覆核主管簽名	保經/保代簽署人章	台灣人壽受理章	
	年 月 日				
身分證字號： _____	關係： _____				

