

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	客戶 代號
-----------	----------	----------

【保單號碼： _____】

要保人(單位) /集體發單件代理人		身分證字號 /統一編號	
經辦	電話 ()	分機	行動電話
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)

■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

加保：

幣別：新台幣

被保險人				法定代理人			保險金額			身故受益人		
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)			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	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		
				姓名及簽署	國籍 (註1)	關係				身分證字號	出生日期 (民國年月日)	聯絡電話 及地址
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
							萬元	萬元	萬元			

註1：本國人士，免填國籍欄位。

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：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

※要保人為未成年人或受監護宣告尚未撤銷者，請法定代理人一併簽署，

並提供國籍(本國人免填)：_____ 關係：_____

要保人同意事項：要保人委託代理人向貴公司辦理各項投保事宜。
代理人聲明事項：本代表人聲明代理要保人向貴公司辦理各項投保事宜。要保文件須影印乙份給各要保人保存。

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)22065650 台東：(09)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。