



保險契約內容變更申請書(B式)

- 一般變更
 猶豫期變更

※ 填寫本申請書前請先詳閱「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」及相關注意事項說明，申請文件需送達台灣人壽，經本公司同意後始以指定生效日或本公司書面受理日為保單內容異動生效日。

※ 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	要保人 國籍
E-mail	手機號碼	被保險人	

【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】

變更項目	變更後內容
1. <input type="checkbox"/> 變更為減額繳清保險(異動生效日為最近繳費日)	附約之處理方式選擇如下： <input type="checkbox"/> 累積有保單價值準備金之長年期附約同時辦理減額繳清保險，並一併終止其他所有附約之契約效力。 <input type="checkbox"/> 長年期附約及一年期保證續保附約繼續繳費維持契約效力，並自下一保單週年日起變更為年繳且其保險費自動墊繳選擇權變更為不同意自動墊繳；一年期非保證續保附約效力持續有效至該附約當期已繳之保險費期滿後終止。(請一併填寫自動轉帳授權書) ※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
2. <input type="checkbox"/> 變更為展期定期保險(異動生效日為最近繳費日)	累積有保單價值準備金之長年期附約同時辦理展期定期保險，除已繳費期滿或因保險事故發生保險給付中之長年期附約(並同意自下一保單週年日起變更為年繳其自動墊繳選擇權變更為不同意自動墊繳)外，其餘附約效力持續有效至該附約當期已繳之保險費期滿後終止。 ※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. <input type="checkbox"/> 減少保單價值準備金	減少保單價值準備金 _____ 元(請填下列退費/給付給付方式)
4. <input type="checkbox"/> 減少保險金額	主契約變更後保額為 _____ 元(請填寫下列退費/給付方式) ※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

5. 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起 取消附加附約 減少附約保額
詳填下欄：(經本公司同意後，自生效日之午夜 12 時生效)

被保險人姓名	附約險種名稱/代號	變更後保額/計劃別	被保險人姓名	附約險種名稱/代號	變更後保額/計劃別

*付款方式：(本次變更如有應付給要保人之款項，除已另有約定給付方式外，請貴公司依下列方式給付)

抵繳下期保險費 支票(不適用外幣保單)

匯款 行庫名稱：_____ 分行：_____ 帳號：_____

備註：1. 受款人限要保人本人，未勾選者則以支票給付，若所指定之金融機構因未接受電匯或其他原因致退匯時，本公司將開立支票給付

2. 本次新台幣計價保單之退費/給付金額若未逾新台幣 100 元(含)以上，除要保人另有指定外，本公司將此金額優先抵繳下期續期保險費辦理。

6. 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起 加保附約 (請一併檢附『要、被保險人暨家庭成員健康聲明書』及『業務人員報告書』)
詳填下欄：(經本公司同意後，自生效日之午夜 12 時生效)

姓名	出生日期	身分證字號	國籍	與被保險人關係	附約險種名稱/代號	本次附加保額/計劃別

※醫療及意外傷害失能保險金之受益人為被保險人本人；非醫療性質者請於其他變更項目欄位加註被保險人姓名、受益人姓名/ID、關係及分配方式。

* 本次申請契約內容變更或復效，如需要補繳納保險費時(請務必勾選，未勾選或復效時尚有自動墊繳保費或保單借款未清償或預約變更者，則以「自行繳納補費金額」辦理)

同意由約定之續期保險費自動轉帳帳戶扣款/信用卡請款 自行繳納補費金額

加保附約報備編號： _____
(由本公司人員填寫)

7. 復效
停效六個月以上請一併檢附『要、被保險人暨家庭成員健康聲明書』及『體檢報告書』或其他可證明文件。(若應備文件不齊全者，則退件不予受理)





8. 職業變更 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人	服務單位/營業項目： (※要/被保險人所有保單之職業將一併變更)	詳細工作內容：			
9. <input type="checkbox"/> 繳別變更	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳				
10. <input type="checkbox"/> 保險費自動墊繳選擇	聲明續期保險費未在寬限期前繳付， <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 以當時之保單價值準備金(如有保單借款者，以扣除其借款本息後之餘額)自動墊繳同一保單號碼下之主契約及附約應繳之續期保險費及其利息。				
11. <input type="checkbox"/> 補發保險單	原保險單因已 <input type="checkbox"/> 遺失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 其他原因 _____ 特聲明作廢，並申請補發。(補發工本費用 100 元)				
12. 簽章樣式變更	<input type="checkbox"/> 要保人	<input type="checkbox"/> 被保險人	<input type="checkbox"/> 法定代理人		
13. <input type="checkbox"/> 補充告知					
14. <input type="checkbox"/> 其他變更項目 (未詳列之項目，請於本欄填寫)					
<p>※茲向台灣人壽保險股份有限公司申請變更保險契約內容如上，本人同意本申請書經 貴公司簽核同意後，將作為構成原保險契約之一部分。 ※要保人/被保險人辦理變更時，約定以本公司收受之傳真申請文件暨本公司通知補件要保人傳真回覆文件即為正式合法的契約內容變更申請文件，經本公司同意後始以指定生效日或本公司書面受理日為保單內容異動生效日。 ※本人(要、被保險人及法定代理人)已詳細閱讀與瞭解「填寫應注意事項」及「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」，並同意台灣人壽保險股份有限公司就本人之個人資料，於法定範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。 ※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；如為七歲以下子女由法定代理人代簽，如未滿法定年齡二十歲者或已受有監護宣告尚未撤銷者，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。</p>					
要保人簽章		被保險人簽章		法定代理人簽章	
				申請日期	
				年 月 日	
		身分證字號：		關係：	
代收區號	受理(業務)人員簽名	登錄證字號/執業證號	覆核主管簽名	保經/保代簽署人章	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/法定代理人親自簽章辦理。	行動電話			

※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、第八條第一項及第九條第一項之規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

1. 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。
2. 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。
3. 個人資料之來源(經本公司間接取得之個人資料適用)：經 台端之關係人因與本公司間契約或類似契約關係所生之權利義務，並由前開關係人所提供。
4. 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、財金資訊中心、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。
5. 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)81705156 客服專線方式。
6. 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 台端相關服務或給付。

※保險契約內容變更/復效/補發保險單申請書填寫應注意事項：

1. 臨櫃辦理者，請同時攜帶附有照片之身分證明雙證件正本及其他應備文件。尚未建置「簽章樣式卡」者，須一併申請辦理；已建置「簽章樣式卡」之簽章樣式變更作業限臨櫃辦理，適用作業項目：(1)申請簽章樣式變更(要保人、被保險人、法定代理人)、(2)變更姓名、(3)變更要保人、(4)補發保單且同時變更印鑑、(5)身分證字號變更。
2. 臨櫃辦理保全變更項目者，須併同留存身故受益人聯絡電話及地址。
3. 變更要保人，應取得被保險人同意並簽章，且新要保人與被保險人須有保險利益並需檢附相關證明文件。(若為原要保人身故，須檢附死亡證明或除戶謄本或戶口名簿丙式憑辦)
4. 辦理加保附約，應同時檢附健康聲明書；如為家庭成員申請附加附約，每位家庭成員均需個別填寫健康聲明書並簽章。
5. 契約變更通知應繳之金額或復效保費，請於 10 日內以現金或即期支票繳付；照會補件，請於期限內補回，若逾期未回，請重新申請辦理。
6. (新)防癌健康險(680險種)逾應繳費日三個月未繳費者不得申請復效(契約失效)。
7. 申請補費繳清者，若變更完成後免再繳交續期保費者，其原紅利給付方式為補費繳清或抵繳保費者，則同時變更為累計生息。
8. 凡變更為減額繳清保險或展期定期保險，倘有保單借款或欠款、墊繳保險費者，將以變更當時之保單價值準備金扣除欠繳保險費或借款本息或墊繳保險費本息後的淨額辦理，其紅利給付方式原為補費繳清或抵繳保費者，則同時變更為累計生息。
9. 本公司就本人(被保險人、要保人)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，本人辦理之契約變更項目依現有個人資料內容即可作業，免再提供個人資料予本公司。

