



保險契約內容變更申請書(A式)

※ 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】

項目	變更後內容	
1. 要保人住所/電話 / E-mail 變更	<input type="checkbox"/> 住所： 要保人 (<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意所有保單之住所一併變更；如未勾選，視為不同意) <input type="checkbox"/> E-mail：	住宅電話： 公司電話： 手機號碼：
2. 被保險人住所/電話/E-mail 變更	<input type="checkbox"/> 同要保人住所(要/被保險人為同一人適用) <input type="checkbox"/> 住所(限要/被保險人不同人適用) ※被保險人所有保單之住所/電話/E-mail 將一併變更 <input type="checkbox"/> E-mail：	住宅電話： 公司電話： 手機號碼：
3. 紅利給付方式	<input type="checkbox"/> 現金給付(請同時填寫下列付款方式) <input type="checkbox"/> 累計生息 <input type="checkbox"/> 抵繳保費 <input type="checkbox"/> 累計生息(併生存保險金給付) <input type="checkbox"/> 購買增額繳清保險	
4. 增值回饋分享金給付方式	<input type="checkbox"/> 累計生息 <input type="checkbox"/> 現金給付(請同時填寫下列付款方式) 保單經過年度未滿十年： <input type="checkbox"/> 抵繳保費 <input type="checkbox"/> 購買增額繳清保險 保單經過年度滿十年(含)起： <input type="checkbox"/> 抵繳保費 <input type="checkbox"/> 購買增額繳清保險 <input type="checkbox"/> 儲存生息 <input type="checkbox"/> 現金給付(請同時填寫下列付款方式) <input type="checkbox"/> 申請加批增值回饋分享金批註條款 <input type="checkbox"/> 申請加批增值回饋分享金月給付批註條款(適用於台灣人壽起結利率變動型保險0915) 保單經過年度未滿六年： <input type="checkbox"/> 抵繳保費 <input type="checkbox"/> 購買增額繳清保險。 保單經過年度滿六年(含)起： <input type="checkbox"/> 抵繳保費 <input type="checkbox"/> 購買增額繳清保險 <input type="checkbox"/> 儲存生息 <input type="checkbox"/> 現金給付(請同時填寫下列付款方式)	
5. <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 增值回饋分享金提領(請同時填寫下列付款方式)		

*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. 年金給付方式變更	<input type="checkbox"/> 一次給付 / <input type="checkbox"/> 分期給付(<input type="checkbox"/> 年給付 <input type="checkbox"/> 月給付) 選擇分期給付者，請續勾選： <input type="checkbox"/> 保證期間(<input type="checkbox"/> 10年期 <input type="checkbox"/> 15年期 <input type="checkbox"/> 20年期) <input type="checkbox"/> 保證金額
7. 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
8. 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。
9. 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)
10. 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：_____ 詳細工作內容：_____ (※要/被保險人所有保單之職業將一併變更)

項目	變更後姓名	身分證字號	國籍	出生日期或註冊設立日期	與被保險人關係	變更後新簽章樣式
<input type="checkbox"/> 要保人變更(要保人變更時，請一併填寫職業變更欄位) <input type="checkbox"/> 簽章樣式變更 <input type="checkbox"/> 資料更正 <input type="checkbox"/> 更名 <input type="checkbox"/> 身分證字號變更 <input type="checkbox"/> 出生日期變更	11. <input type="checkbox"/> 要保人		<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他 _____	_____年____月____日		
	12. <input type="checkbox"/> 被保險人		<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他 _____	_____年____月____日		
	13. <input type="checkbox"/> 法定代理人		<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他 _____	_____年____月____日		

※申請變更要保人，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概由變更後之要保人概括承受。

※申請姓名或身分證統一編號變更/更正，在本公司所投保之所有保單資料將一併變更/更正。

※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，請附附身分證明文件及「美國海外帳戶 FATCA 身分聲明書」。





受益人變更	變更後受益人姓名	身分證字號	與被保險人關係	分配方式 (擇一勾選)
14. <input type="checkbox"/> 生存保險金受益人				<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例
15. <input type="checkbox"/> 滿期保險金受益人				<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例
16. <input type="checkbox"/> 祝壽保險金受益人				<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例
17. <input type="checkbox"/> 身故保險金受益人 (請同時填寫以下聯絡資料)				<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例

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： _____ 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「身故保險金受益人」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。

18. 其他變更項目(未詳列之項目，請於本欄填寫)

※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，本人同意申請書經 貴公司審核同意後，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，約定以本公司收妥的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。

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： _____			

※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： _____ 受理(業務)人員簽名： _____

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 明文件相符並親臨要保人/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：

- 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)：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。
- 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。
- 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。
- 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：

- 臨櫃辦理者，請同時攜帶附有照片之身分證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。
- 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。
- 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)
- 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。
- 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。
- (新)防癌健康險(680險種)逾繳費日三個月未繳費者不得申請復效(契約失效)。
- 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。
- 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。
- 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者，免再提供個人資料予本公司。

