

# 台灣人壽旅行平安保險契約變更申請表

|           |          |          |
|-----------|----------|----------|
| 簽約<br>客戶欄 | 合約<br>編號 | 客戶<br>代號 |
|-----------|----------|----------|

【保單號碼： \_\_\_\_\_】

|                      |                             |                      |             |
|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------|
| 要保人(單位)<br>/集體發單件代理人 |                             | 身分證字號<br>/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<br>/居留證號碼 | 姓名及簽署 | 出生日期<br>(民國年月日) | 國籍<br>(註1) | 法定代理人<br>(被保險人為未成年人或<br>受監護宣告尚未撤銷者，請填寫) |            |    | 意外身故<br>暨失能 | 意外<br>傷害<br>醫療<br>限額 | 海外<br>突發<br>疾病<br>醫療<br>限額 | 身故受益人<br><input type="checkbox"/> 如下表 (電話及地址同要保人 <input type="checkbox"/> 不同意填寫) |                 |             |
|                  |       |                 |            | 姓名及簽署                                   | 國籍<br>(註1) | 關係 |             |                      |                            | 身分證字號  | 出生日期<br>(民國年月日) | 聯絡電話<br>及地址 |
|                  |       |                 |            |   |            |    |             |                      |                            |  |                 |             |
|                  |       |                 |            |   |            |    |             |                      |                            |  |                 |             |

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)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。