

17. 受益人變更

1. 受益人指定順位者請註明順位序號，如未註明則按由上至下順序受益。
2. 受益人指定比例者請註明分配比例，分配比例如未註明則依均分方式分配受益。
3. 投保主契約商品身故保險金、全殘保險金適用約定「分期定期給付」者，請另填寫「保險金分期定期給付約定書」。
4. 注意事項：受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。
5. 若依契約條款約定無該項保險金時，雖於受益人欄位填寫受益人資料，仍不生效力。

變更項目	受益人基本資料／保險金給付分配方式
<input type="checkbox"/> 生存金受益人	姓名：_____ 身分證號碼：_____ 生日：_____ 國籍：_____ 英文戶名：_____ (◎外幣保單之受益人須另填英文戶名並提供外幣帳戶存摺影本) 與被保險人關係：_____ ◎分配方式選擇： <input type="checkbox"/> 順位_____ <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例_____ % 匯款行庫名：_____ 分行名：_____ 帳號：_____ 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人收費地址 電話：_____ □□□
	姓名：_____ 身分證號碼：_____ 生日：_____ 國籍：_____ 英文戶名：_____ (◎外幣保單之受益人須另填英文戶名並提供外幣帳戶存摺影本) 與被保險人關係：_____ ◎分配方式選擇： <input type="checkbox"/> 順位_____ <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例_____ % 匯款行庫名：_____ 分行名：_____ 帳號：_____ 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人收費地址 電話：_____ □□□
<input type="checkbox"/> 滿期金 / <input type="checkbox"/> 祝壽金受益人	姓名：_____ 身分證號碼：_____ 生日：_____ 國籍：_____ 英文戶名：_____ (◎外幣保單之受益人須另填英文戶名並提供外幣帳戶存摺影本) 與被保險人關係：_____ ◎分配方式選擇： <input type="checkbox"/> 順位_____ <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例_____ % 匯款行庫名：_____ 分行名：_____ 帳號：_____ 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人收費地址 電話：_____ □□□
	姓名：_____ 身分證號碼：_____ 生日：_____ 國籍：_____ 英文戶名：_____ (◎外幣保單之受益人須另填英文戶名並提供外幣帳戶存摺影本) 與被保險人關係：_____ ◎分配方式選擇： <input type="checkbox"/> 順位_____ <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例_____ % 匯款行庫名：_____ 分行名：_____ 帳號：_____ 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人收費地址 電話：_____ □□□
<input type="checkbox"/> 主被保險人身故保險金受益人	姓名：_____ 身分證號碼：_____ 生日：_____ 國籍：_____ 英文戶名：_____ (◎外幣保單之受益人須另填英文戶名並提供外幣帳戶存摺影本) 與被保險人關係：_____ ◎分配方式選擇： <input type="checkbox"/> 順位_____ <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例_____ % 匯款行庫名：_____ 分行名：_____ 帳號：_____ 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人收費地址 電話：_____ □□□
	姓名：_____ 身分證號碼：_____ 生日：_____ 國籍：_____ 英文戶名：_____ (◎外幣保單之受益人須另填英文戶名並提供外幣帳戶存摺影本) 與被保險人關係：_____ ◎分配方式選擇： <input type="checkbox"/> 順位_____ <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例_____ % 匯款行庫名：_____ 分行名：_____ 帳號：_____ 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人收費地址 電話：_____ □□□
	姓名：_____ 身分證號碼：_____ 生日：_____ 國籍：_____ 英文戶名：_____ (◎外幣保單之受益人須另填英文戶名並提供外幣帳戶存摺影本) 與被保險人關係：_____ ◎分配方式選擇： <input type="checkbox"/> 順位_____ <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例_____ % 匯款行庫名：_____ 分行名：_____ 帳號：_____ 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人收費地址 電話：_____ □□□
	身故/喪葬費用保險金受益人非該被保險人配偶、直系親屬、法定繼承人，請附身分證明文件並說明原因： _____ _____ _____
	<input type="checkbox"/> 子女/配偶附約身故保險金受益人：請於下方欄位詳細填寫變更內容，並請眷屬附約被保險人於簽名欄簽章。

18.主、附約內容變更【僅須填寫欲變更之項目及內容】提醒您，提前或部份解約將可能蒙受損失，請審慎評估，以維護您的權益。

姓名	出生日期	身分證字號	稱謂	申請事項	主(附)約險別名稱或代號	年期	保額
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 變更為			
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 變更為			
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 變更為			
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 變更為			
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 變更為			

19.主約變更為繳清保險，『分紅選擇』同意變更為“儲存生息”，其他附約如下勾選方式處理。

- 所有附約同時終止。 保留已繳費期滿附約及已達豁免保險費附約，其餘附約終止。
所有附約保留，續期繳費同時變更為年繳。(不保留的附約請於申請書第 18 項勾填終止)

◎請一併填寫付款授權書變更繳法為自動轉帳或信用卡繳費

- 附約變更為繳清保險 (請述明辦理繳清附約之險種名稱)。

◎本保單辦理減額繳清後，依條款約定之生存或滿期保險金、解約金、身故或完全失能保險金，都將依照減額繳清後保額重新計算，屆時給付金額可能有小於『累積已繳總保費』之情形

◎聲明事項：本人瞭解辦理減額繳清對保單權益之影響，且瞭解未來各項保險金之給付均依保單條款約定辦理並以減額繳清後保額重新計算，本人確認本次申請符合需求，敬請 貴公司辦理

要保人(簽章)：_____

20.主約變更為展期定期保險，『分紅選擇』同意變更為“儲存生息”，其他附約如下勾選方式處理。

- 所有附約同時終止。 保留已繳費期滿附約及已達豁免保險費附約，其餘附約終止。
附約變更為展期定期保險 (請述明辦理展期附約之險種名稱)。

21.增值回饋分享金給付方式變更

- (1)第一至第六/第一至第十保單年度起給付方式：1.購買增額繳清保險 2.抵繳應繳保險費
(2)第七/第十一年保單年度起給付方式 1.現金給付 2.購買增額繳清保險 3.抵繳應繳保險費 4.儲存生息

戶名(限要保人)_____ **◎外幣保單務必填寫英文姓名並提供外幣帳戶存摺影本**
銀行/郵局_____分行/支局 帳號_____

◎除外幣保單外，若未填寫或填寫不完整時，則以支票方式給付

22.保單紅利給付方式變更 現金給付 購買『增額繳清保險』 抵繳應繳保險費 儲存生息

23.增值回饋分享金提領 全數領回 部分提領金額：_____元

24.法定代理人變更為 姓名 _____ **新法定代理人簽章式樣：**_____

出生日 _____年____月____日 身分證號碼 _____ 國籍 中華民國 _____(其他國籍)

與被保人關係為 _____ 服務機構 _____ 營業內容 _____ 職稱 _____

25.其他變更或補行聲明事項

契變退費之處理方式/申請約定指定匯款帳號：

1. 契約變更補費方式：以原授權自動轉帳方式 以原授權信用卡繳費方式(償還自動墊繳、保單借款者不生效力) 補費通知單
2. 契約變更退費清償：全數清償保單借款本息 部分清償保單借款本息 金額：_____
3. 契約變更退費方式：匯入要保人帳戶(請附上存摺影本) 開立支票郵寄
4. 要保人約定指定匯款帳號：申請要保人所有保單 停用要保人所有保單

台幣帳戶戶名(限要保人)_____

銀行/郵局_____分行/支局_____帳號_____

外幣帳戶戶名(限要保人)_____ **◎外幣保單需填寫英文姓名並提供存摺影本**

銀行/郵局_____分行/支局_____帳號_____

◎外幣保單請依銀行開戶之英文戶名填寫，為避免產生手續費，建議提供本公司指定銀行之外幣帳戶，相關訊息可至本公司網站查詢

◎申請約定指定匯款帳號適用申請當時之要保人所有有效契約，本契約未來給付予要保人之款項有未指定帳戶者，得逕予匯入本帳戶

◎本次提供帳號即為約定指定匯款帳號，約定指定匯款帳號適用對象為要保人，適用範圍為本保單若有保全給付(包括但不限於生存/滿期金、年金給付、生育津貼、增值回饋分享金現金給付、保單紅利現金給付、定期定額提領、超貸停效退費給付等款項) 且受款人為要保人時，如有應退還、返還或應付未給付之款項。除已另約定給付方式外，本公司得將該款項匯入本次約定之指定匯款帳號

◎同一人以指定新臺幣、外幣各一個約定指定給付匯款帳號為限；申辦個別保單約定指定給付匯款帳號者，同一保單號碼同一要保人以指定一個帳戶為限。如有重複申請者，本公司得將給付款匯入最後申請約定指定給付匯款帳號

注意事項：

1. 為維護 貴保戶之權益，請勿於空白之「保險契約內容變更申請書」上簽章。
2. 各項申請或變更如需加收保費或其他費用者，未經遠雄人壽通知繳費，請勿先行繳費。
3. 辦理各項保全申請或變更作業皆需要保人親自簽名，下列事項另需被保險人親自簽名同意：
 受益人變更、要保人變更、復效、附加附約、補告知、險種轉換、增額、職業變更、被保人變更簽章樣式等。
4. 保單簽樣卡之簽章樣式變更者，請另填寫「簽章樣式卡」以申請辦理變更簽章樣式。
5. 受益人變更，若指定為與被保人不具有親屬關係者，請同時檢附其身分證明文件影本並說明原因。
6. 外幣保單辦理契約變更之給付限以條款約定之幣別匯款給付，必須填寫要保人之英文戶名及外幣存款帳戶資料。本項契變作業所有以外幣匯款相關費用之負擔依契約條款約定辦理。

聲明事項：

- 一、本人(被保險人)同意遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下簡稱遠雄人壽)得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 二、本人(被保險人、要保人)同意遠雄人壽將本申請書上之本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 三、本人(被保險人、要保人)同意遠雄人壽就本人之個人資料，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。
- 四、具有保費調整機制之健康險適用：本人(要保人)已知悉並明瞭該條款中所載續期保費的調整係指遠雄人壽依實際經驗損失率達到調整保費之標準時，本公司依條款約定調整該商品之保險費率，每次調整後之新費率以不超過原費率的百分之二十為限；新費率之調整於下一保單年度始日之三個月前以書面通知要保人，並自下一保單年度起採用新費率計收保險費，但不得針對被保險人身體狀況調整之。如要保人不同意新費率，應於下一保單年度始日之一個月前，以書面通知遠雄人壽，本險之住院醫療保險金日額於下一保單年度始日零時調整為新費率所對應之住院醫療保險金日額。
- 五、保單條款具備約定之商品適用：本人(要保人)已知悉並明瞭本商品續保時，貴公司得依保單條款之約定陳報主管機關調降或調漲續保之保險費率，與投保當時之保險費率有所不同，保險費調整之方式及內容悉依保單條款規定辦理。
- 六、本人同意本申請書之申請事項悉依遠雄人壽核定內容並繳付應繳保費後，自遠雄人壽核定生效日起生效，爾後契約內容均以變更後為準，本人絕無異議。
- 七、申請人請依要保文件或簽章樣式卡之簽名方式親自簽章，本申請書所有簽章均為當事人本人親簽，如有虛偽不符，簽章人應負法律責任。

電子單據聲明事項：

- 一、本人如同意申請電子單據服務或申請變更電子郵件信箱，即自申請完成日起，遠雄人壽應交付或通知本人之各項收據、通知書及爾後陸續開發完成之各項通知，不再寄送實體書面文件，皆改以電子文件型式寄送至本人指定之電子郵件信箱，並於遠雄人壽寄發時視為已送達。
- 二、如本申請書所載之電子郵件信箱及電子單據服務申請或取消與原契約內容約定不符時，於要保人申請本電子單據服務時，視為同意變更為本申請書上所約定之內容。
- 三、保單之要保人如有變更，則該變更要保人之保單之「電子單據服務」即自動終止，該保單通知方式以新要保人約定方式為準，若新要保人未申請電子單據服務，將以寄送實體書面文件至該新要保人最後提供之通訊地址進行通知。
- 四、本人有權隨時以書面通知停止本服務，貴公司需於收到通知並完成內部處理程序後停止之。
- 五、本人如申請取消電子單據服務，即自申請完成日起，恢復以寄送實體書面文件至本人最後提供之通訊地址進行通知。
- 六、依法令、條款或主管機關規定，不得以電子郵件方式寄送之文件或通知者，本公司將以紙本方式寄送，不再另行通知。

履行個人資料保護法告知義務內容：

遠雄人壽保險事業股份有限公司(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規定，向 台端告知下列事項，敬請 台端詳閱：

- 一、蒐集之目的：人身保險(001)、行銷(包含金融共同行銷業務)(040)、金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(059)、金融爭議處理(060)、金融監督、管理與檢查(061)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(063)、保險監理(066)、契約、類似契約或其他法律關係事務(069)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、消費者保護(091)、會計與相關服務(129)、網路購物及其他電子商務服務(148)、輔助性與後勤支援管理(150)、調查、統計與研究分析(157)、其他金融管理業務(177)、其他經營合於營業登記目的或組織章程所定之業務(181)等合理關連之特定目的。
- 二、蒐集之個人資料類別：(一)識別類：1.辨識個人者：如姓名、職稱、住址、電話、電子郵遞地址、網際網路協定(IP)及其他任何可辨識資料本人者等 2.辨識財務者：如金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼等 3.政府資料中之辨識者：如身分證統一編號、統一證號、殘障手冊號碼、證照號碼、護照號碼等 (二)特徵類：1.個人描述：如年齡、性別、出生年月日等 2.身體描述：如身高、體重等 3.習慣：如抽煙、喝酒等 (三)家庭情形：如結婚有無、家庭成員之細節等(四)社會情況：如所有或具有其他權利之動產或不動產之價值等、意外或其他事故及有關情形等(五)教育、考選、技術或其他專業：如學校紀錄等(六)受僱情形：如現行之受僱情形等(七)財務細節：如收入、所得、資產與投資、負債與支出、外匯交易紀錄、票據信用、保險細節等(八)健康與其他：如醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙手冊證明資料等(九)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。
- 三、個人資料之來源：(一)要保人(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：因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、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、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、台灣票據交換所、財資資訊公司、業務委外機構、與本公司有業務往來之公司(如：再保業務、金融機構、保經代公司)、依法有調查權機關或金融監理單位(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：台端得以書面(包含電子郵件、傳真、電子文件)，或至本公司各服務中心，或透過免費客戶服務專線(0800-083-083)行使權利。
- 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 台端相關服務或給付。

MID 門號資料核實聲明事項：

申請人已透過右方 QR code 詳閱臺灣網路認證股份有限公司(下稱臺網公司)提供之 Mobile ID 門號認證服務使用者約定條款及隱私告知條款，充分瞭解「MID 門號資料核實」之作業內容，並授權本公司委託臺網公司核實申請人既有留存或本次申請變更之行動電話號碼，以及於「MID 門號資料核實」之特定目的內蒐集、處理、利用申請人之行動電話號碼及身分證字號。



約定條款

為維護您的權益，提醒您務必於辦理主約減少保額、附約全部或部份終止前確認已詳閱並充分了解下列重要事項：

- 一、申請保險契約終止者，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。本公司所負之保險責任即行終止，日後若發生任何事故，本公司恕不負任何保險責任。
- 二、保險契約終止後，其所附加之各項有效附約將依您所勾選之方式處理。
- 三、保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。
- 四、若因故不便繳納保險費，可依個人規劃考慮辦理展期、繳清、自動墊繳保險費或保單借款。
- 五、保險契約終止後再投保新保單時，須承擔下列風險：
 1. 重新履行告知義務：須對投保新契約當時的體況進行健康告知，契約終止後至再投保新保單前之期間，倘被保險人罹患疾病而未履行健康告知，將可能因違反告知義務致保險公司依保險法第 64 條解除契約。
 2. 違反告知義務解除保險契約的除斥期間及健康險的等待期，都要從投保新契約之日起重新計算，再投保健康險之等待期重新計算期間，倘被保險人罹患疾病，恐將無法獲得理賠。
 3. 再投保健康險前倘被保險人已罹患疾病，保險公司可能依保險法第 127 條主張不負給付相關保險金之責任。
 4. 因重新投保時的年齡可能大於投保原契約時的年齡，保險費率可能也會相對提高，且可能因已超過新契約規定之投保年齡或身體健康因素而無法投保；或可能因為新舊契約保障範圍差異致無法獲得理賠等因素而影響您的保障權益。

要保人、被保險人已詳閱且同意本申請書之「注意事項」、「聲明事項」、「電子單據聲明事項」、「履行個人資料保護法告知義務內容」及「MID 門號資料核實聲明事項」，並同意除此次申請更新的資訊，其他基本資料與遠雄人壽現行留存之資料一致無須更新，並已獲得必要之資訊，充分瞭解異動申請對於本人各項權益與保障之影響。

要保人簽章：_____ 被保險人配偶簽章：_____

被保險人簽章：_____ 被保險人子女簽章：_____

法定代理人簽名：_____ 關係：_____ 出生日期：_____年____月____日 身分證號碼：_____

(要保人、被保險人未滿七歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；
七歲歲以上或受輔助宣告者，由本人親簽；法定代理人欄位須由法定代理人/監護人/輔助人親簽確認)

如有電訪需求時，請問要保人/被保險人/法定代理人之合適電訪時間為：

全天(8:30~18:00) 上午(8:30~12:00) 下午(13:00~19:00)

中華民國_____年____月____日



保戶專區



LINE 官方帳號

見證人聲明：本次辦理係確實親自會晤要、被保險人及法定代理人，且本申請書各欄之簽名皆為本人親自簽字屬實，檢附之影本證件已核對與正本相符，如有虛偽不實本人願負法律責任。

見證人簽章：_____ 手機號碼：_____ 登錄證字號或員工編號：_____