

15. 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。

變更項目	受益人基本資料／保險金給付分配方式 <input type="checkbox"/> 要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話(詳見上述第 4 點)
<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：_____ □□□
<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：_____ □□□
<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：_____ □□□ 身故/喪葬費用保險金受益人非該被保險人配偶、直系血親、法定繼承人，請附身分證明文件並說明原因： _____ _____

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。

16.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			
			<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			

17.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 16 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)。

18.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)。

19.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(請填寫以下匯款資料) 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

20.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

21.其他變更或補行聲明事項_____

注意事項：

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 契約變更補費方式：以原授權自動轉帳/信用卡繳費管道方式補費 郵寄補費通知單
- 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_____
- 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

要保人帳戶戶名：(中文)_____ (英文)_____ (外幣保單請依銀行開戶之英文姓名填寫)

行庫名：_____ 分行名：_____ 帳 號：_____

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所載本人資料轉送產、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二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、本人同意本申請書之申請事項悉依遠雄人壽核定之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。
- 六、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。

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)、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)、保險監理(066)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、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：以 台端與本公司往來之業務及契約書、授權書及申請書等所列，包括姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等必要個人資料類別為限。
 - 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、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之再保險公司、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。

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」及「履行個人資料保護法告知義務內容」

要保人簽章：_____

(請依留存本公司簽章樣式親自簽章)

被保險人配偶簽章：_____

(請依留存本公司簽章樣式親自簽章)

被保險人簽章：_____

(請依留存本公司簽章樣式親自簽章)

被保險人子女簽章：_____

(請依留存本公司簽章樣式親自簽章)

法定代理人簽名：_____ 關係：_____ 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(要、被保險人為未成年或受監護或受輔助宣告人時，需其法定代理人親簽確認)

◎要保人、被保險人未滿七足歲者，由法定代理人代為簽名；七足歲(含)以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名。

如有電訪需求時，請問要保人/被保險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)

要保人聯絡資訊(本公司將依據下列聯絡資訊寄發本次變更相關文件及發送簡訊通知)

文件寄送方式：服務人員轉送

郵寄地址

手機：_____

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：_____