



送件單位	單位代號
簽署人/主管確認欄	行政助理受理欄

# 保險契約內容變更申請書 - 歸戶變更

身分證號碼：

姓名： \_\_\_\_\_ \*自行郵寄辦理者，要、被保險人需檢附身分證影本。

## 申請事項【僅須填寫欲變更項目及變更後內容即可】

1. 資料變更：姓名：\_\_\_\_\_ 出生日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 身分證號碼：\_\_\_\_\_
- 新簽章式樣：\_\_\_\_\_
2. 要保人住所(各項催告通知地址) 變更：(申請人須為要保人)
- 縣 鄉鎮 路 段 巷 號之 電話( )-  
 市 市區 街 弄 樓之 手機號碼：\_\_\_\_\_
3. 收費(聯絡通訊) 地址變更：同上述住所變更：(申請人須為要保人)
- 縣 鄉鎮 路 段 巷 號之 電話( )-  
 市 市區 街 弄 樓之 手機號碼：\_\_\_\_\_
4. 要保人 E-mail 變更為：(英文字母請以大寫方式填寫，數字零請以 0 填寫) (申請人須為要保人)
- \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_
5. 被保險人住所變更：如下 同上述要保人住所(各項催告通知地址) 同上述要保人收費(聯絡通訊) 地址(申請人須為要保人)
- 縣 鄉鎮 路 段 巷 號之 公司電話( )-  
 市 市區 街 弄 樓之 住宅電話( )-  
 E-mail：\_\_\_\_\_ 手機號碼：\_\_\_\_\_
6. 被保人職業變更：(申請人須為被保險人)
- 服務單位\_\_\_\_\_ 職位\_\_\_\_\_ 職業等級\_\_\_\_\_ 職位代號\_\_\_\_\_
- 請述明詳細工作內容\_\_\_\_\_
7. 其他變更或補行聲明事項：\_\_\_\_\_

## 壹、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申請人親自簽名。
  - 變更要保人或要、被保人資料錯誤更正者，請同時檢附戶籍(或身分)相關資料影本以茲證明。
  - 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：\_\_\_\_\_

## 貳、聲明事項：

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 保單條款具續保約定之商品適用：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。
- 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。
- 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。

申請人已詳閱且同意本申請書之「壹、注意事項」及「貳、聲明事項」及背頁「參、履行個人資料保護法告知義務內容」：

申請人簽名：\_\_\_\_\_

(請依要保書簽章樣式親自簽章)

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

(申請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。

申請日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

如有電訪需求時，請問申請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)

本次變更後，應交付要保人之相關文件同意由服務人員轉送，要保人簽章：\_\_\_\_\_ (未簽章者，將逕寄要保人)

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：\_\_\_\_\_

### 參、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、出生日、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查、職業及財務資料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。