本文件版權為遠雄人壽保險事業(股)公司所有，嚴禁翻印、翻拍、轉載。

Farglory Life 遠雄人壽

台北總公司：11073 台北市信義區松高路1號28樓　電話：(02) 2758-3099　FAX：(02) 2723-0953　免費服務專線：0800-083083
台中分公司：40759 台中市西屯區台灣大道二段635號1樓　電話：(04) 2329-5550　FAX：(04) 2329-5556
高雄分公司：80247 高雄市苓雅區三多四路110號24樓之1　電話：(07) 330-9523　FAX：(07) 330-9032

送件單位	單位代號
簽署人/主管確認欄	行政助理受理欄

利率變動型年金保險契約內容變更申請書

PXX088

保單號碼：　　※自行郵寄辦理者，需檢附要、被保險人身分證影本。

申請事項【僅須填寫欲變更項目及變更後內容即可】

☐ 1.年金給付開始日　☐被保險人保險年齡達＿＿歲之保單週年日　☐民國 ＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日

☐ 2.年金給付方式變更為 ☐一次給付　☐分期給付

☐ 3.部份提領保單價值準備金 NT：＿＿＿＿＿＿＿＿元整 (請填寫◎契約變更退費相關事宜)

☐ 4.未支領年金餘額之身故保險金受益人

◎年金給付方式選擇為一次給付者，雖填寫未支領年金餘額之身故保險金受益人仍不生效力。

姓名：＿＿＿＿＿＿ 身分證號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿ 生日：＿＿＿＿＿＿ 國籍：＿＿＿＿＿＿

與被保險人關係：＿＿＿＿＿＿ ※分配方式選擇：☐順位＿＿＿＿ ☐均分 ☐比例＿＿＿＿%

匯款行庫名：＿＿＿＿＿＿ 分行名：＿＿＿＿＿＿ 帳號：＿＿＿＿＿＿＿＿

地址：☐同要保人住所　☐同要保人收費地址　電話：＿＿＿＿＿＿＿＿

☐☐☐＿＿＿＿＿＿＿＿

姓名：＿＿＿＿＿＿ 身分證號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿ 生日：＿＿＿＿＿＿ 國籍：＿＿＿＿＿＿

與被保險人關係：＿＿＿＿＿＿ ※分配方式選擇：☐順位＿＿＿＿ ☐均分 ☐比例＿＿＿＿%

匯款行庫名：＿＿＿＿＿＿ 分行名：＿＿＿＿＿＿ 帳號：＿＿＿＿＿＿＿＿

地址：☐同要保人住所　☐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：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐ 5.其他變更或補行聲明事項：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎契約變更退費相關事宜：

☐匯入要保人帳戶：行庫名：＿＿＿＿＿＿分行名：＿＿＿＿＿＿帳號：＿＿＿＿＿＿＿＿戶名：＿＿＿＿＿＿ ☐開立支票

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」簽章。
2..辦理各項保全申請或變更作業皆需要保人親自簽名，受益人變更另需被保險人親自簽名同意。

聲明事項：

1.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。
2.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。
3.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。
4.本人（要保人）同意辦理終止保險契約，如有保險單借款未清償或尚欠保險費及其他任何款項時，遠雄人壽得先抵償上述欠款及扣除其應付利息及相關費用後再行給付解約金；本保險契約之終止自遠雄人壽收到本通知書開始生效。
5.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。
6.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：＿＿＿＿＿＿＿＿　被保險人簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿

（請依要保書簽章樣式親自簽章）　（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：＿＿＿＿＿＿

（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）　中華民國：＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿＿日

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：本申請書各欄之簽名皆為要、被保人、法定代理人親自簽字屬實，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：＿＿＿＿＿＿　見證人登錄證字號或員工編號：＿＿＿＿＿＿＿＿　見證人手機：＿＿＿＿＿＿

結案號碼：