

保險契約內容變更申請書 保戶寄送 保戶親臨辦理

保單號碼：_____ 要保人：_____ 被保險人：_____

【本申請書限填一份保單號碼】

茲向合作金庫人壽申請變更上述保單號碼之保險契約內容，本人同意本申請書需經 貴公司同意後以批註方式或重製保單始生效力。

1. 變更要保人 a. 姓名為 _____ b. 生日 _____
 c. 身分證字號 _____ 與被保險人關係 _____

請說明（務必填寫）：

(1) 變更原因 _____ 工作內容： _____

(2) 要保人過去一年內是否居住於中華民國境外超過半年以上？

否 是，請說明居住國家(地區) _____

(3) 要保人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)? 否 是，請說明 _____

【註】變更要保人者：1.請新/舊要保人於要保人親簽欄位簽章。2.請檢附新要保人身分證明文件、FATCA身分確認聲明書、結匯授權書(投資型保單)、風險屬性暨財務評估表(投資型保單)。3.請同時變更要保人連絡地址及電話。4.投資型保單請重新指定投資標的收益分配(配息)給付帳號。

2. 要保人基本資料變更：

a. 連絡地址為 _____

b. 戶籍地址為 _____

c. 電話為 (O) _____ (H) _____ (手機) _____

d. e-mail _____ e. 其他 _____

3. 被保險人基本資料變更：

a. 連絡地址為 _____

b. 行動電話為 _____

c. 變更職業：公司名稱 _____ 職稱 _____ 工作內容 _____

兼職： 否 是，工作內容 _____

d. 其他 _____

4. 受益人變更：(受益人變更請務必於被保險人親簽處填寫被保險人行動電話，受益人填寫欄位不足時請填寫於其他變更欄位)

a. 身故受益人 b. 滿期受益人

姓名 _____

身分證字號 _____

出生年月日 _____ 與被保險人關係 _____

兩人以上時給付方式： 均分 按填寫順位 比例，請註明比例 _____

聯絡地址/電話： 同要保人 另指定如下(請詳述) 不同意提供

(身故受益人如係身分別指定及要保人不同意填寫受益人聯絡方式者，則以要保人最後所留聯絡方式為身故受益人之通知依據)

5. 保險金給付方式變更：

1. 類別： a. 生存保險金 b. 滿期保險金

2. 給付方式：

支票給付(限台幣保單)

匯入受益人帳戶：戶名 _____， _____ 銀行 _____ 分行

帳號 _____

6. 增值回饋分享金給付方式變更：

a. 現金給付 (限台幣保單) b. 儲存生息

現金給付者，給付方式為： 支票給付 匯入受益人帳戶

戶名 _____， _____ 銀行 _____ 分行
帳號 _____

7. 變更年金給付內容：

a. 年金給付開始日：第 _____ 年之保單週年日

b. 年金保證期間： 10年 15年 20年

c. 年金累積期間屆滿給付方式： 一次給付 年金化給付 (年給付 半年給付 季給付 月給付)

8. 變更 a. 投資標的收益分配 (配息) 給付方式：投資標的名稱 _____

b. 投資標的投資期間屆滿領回方式

支票給付 (限台幣保單) 匯款給付

戶名 _____， _____ 銀行 _____ 分行 帳號 _____

9. 變更祝壽保險金給付方式 (年金商品不適用)：

支票給付 (限台幣保單) 匯款給付

戶名 _____， _____ 銀行 _____ 分行 帳號 _____

10. 變更保費繳法為 a. 年繳 b. 半年繳 c. 季繳 d. 月繳

11. 補發保單 (投資型商品工本費 NT\$200、非投資型商品工本費 NT\$100，請匯至合庫銀行東台北分行帳號：**0796871000688**，帳戶名稱：合作金庫人壽保險股份有限公司) (請檢附匯款憑證)

12. 其他變更： _____

聲明事項：

1. 本申請書所有簽名部分確由當事人本人親自簽章屬實無誤，如有虛偽不實，簽名人願負法律上應負之責任。
2. 本人 (被保險人、要保人) 同意 貴公司將本申請書上所载本人資料轉送產、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 (受告知人) 確認已收到、詳閱且瞭解合庫人壽履行個人資料保護法告知義務通知書 (如申請書第三頁所示)，並同意 貴公司依本人申請事項辦理。

原要保人/新要保人親簽： _____ / _____ 被保險人親簽： _____
(簽名樣式需與要保書一致，要/被保險人滿七歲需親自簽名) (若要保人及被保險人為同一人時，可免簽)

法定代理人/監護人或輔助人親簽： _____ 被保險人行動電話： _____
(要保人/被保險人未滿20歲且未婚者/為受監護或輔助宣告之人者)

要保人行動電話： _____ 填表日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人同意上欄電話變更為該保單號碼之行動電話，並作為確認日後保全申請之簡訊通知使用。

營業單位填寫欄	保代/保經簽署欄	合作金庫人壽批核欄 (本申請書未經承辦單位核准簽章者不生效力)	
送件單位： 銀行 分行 分行連線代號： 保險業務員親自簽名： 登錄字號： 連絡電話： 主管覆核：		本公司同意本保單契約內容做如上之變更，且變更後之保單內容自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起生效。 下期保費自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起調整為 _____ 繳，每期 _____ 元整。	
		<input type="checkbox"/> 已核對簽名無誤。	承辦人員： _____

業務員倘同意接受要保人委任代為處理上述變更事宜，應確認要保人/被保險人/法定代理人身分並親視簽名無誤。 TPOSM001 號 004Q 108.10-1
◎填妥後，請將申請書正本郵寄回本公司。

合作金庫人壽履行個人資料保護法告知義務通知書

合作金庫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(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)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。
- (二)行銷。
- (三)金融服務業依法令規定及金融監理需要(包括但不限於執行洗錢防制作業及配合全球打擊恐怖份子調查等目的),所為之蒐集處理及利用。
- (四)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。

二、蒐集之個人資料類別:

姓名、出生年月日、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等,詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源(經本公司間接取得之個人資料者適用):

- (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:本公司及母公司(合作金庫金融控股股份有限公司、法商法國巴黎保險控股公司)、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險安定基金、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、臺灣票據交換所、財金資訊股份有限公司、業務委外機構、與本公司有再保、合作推廣等業務往來之公司、海外急難救助公司及依法有調查權機關或金融監理機關。
- (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:書面、電子郵件、傳真、電子文件。

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。