

保險契約內容變更申請書-(B)



申請日期： 年 月 日

※本契約變更申請書所變更者僅限於本申請書上所列示之保單，並不及於其他保單，但職業變更不在此限。

※本申請書填寫時如有塗改，請於塗改處簽名，如未簽名者，將不予受理，請重新填寫申請書辦理。

※各項申請或變更如須加收保費或其他費用者，未經本公司通知收費，請勿先行繳交。

※本申請書第 1、2 頁，填妥後請全數送回本公司辦理。

保單號碼		要保人		被保險人	
------	--	-----	--	------	--

※本人(被保險人、要保人) 同意第一金人壽保險(股)公司將本契約變更申請書上所载本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。

代碼	契 變 項 目 及 變 更 內 容			
11	<input type="checkbox"/> 復效(停效 6 個月以上者，請檢附健康聲明書)			
12	<input type="checkbox"/> 補充健康告知 (請檢附健康聲明書)			
13	被保險人 職業變更 (含兼業)	服務機構：_____ 營業項目：_____ 職稱：_____ 工作內容：_____ *被保險人所有保單一併變更		
14	主 契 約 保額變更	<input type="checkbox"/> 基本保額變更為_____元 *如為增加基本保額，請檢附業務員報告書、健康聲明書、及相關可保性證明。 *萬能壽險：減少基本保額時，會同時等比例減少保單價值準備金(請參閱條款第二十二條)，亦需列入「已繳保險費總和」與「保險金扣除額」之計算。		
15	附加契約內容變更 (增加保額或單位及附加附約時，請檢附業務員報告書、健康聲明書及相關可保性證明)			
		險種分類及險種名稱	變更後內容	
	帳 戶 型	帳戶型一年定期癌症健康保險附約	單位 <input type="checkbox"/> 終止	說明： 1. 癌症健康保險附約及重大疾病健康保險附約辦理增加單位數時，係以重新附加該附約辦理。 2. 新附加傷害保險附約及定期壽險附約時，身故受益人同原保單所指定的受益人。 3. 申請附加一年期定期壽險附約、一年期壽險附約者請加填「審閱期聲明書」 4. 申請附加傷害保險附約及健康險附約者請加填「個人健康險及傷害險之費率可能調整告知書」
		帳戶型一年定期重大疾病健康保險附約	單位 <input type="checkbox"/> 終止	
		帳戶型傷害保險附約	萬元 <input type="checkbox"/> 終止	
		帳戶型一年期定期壽險附約	萬元 <input type="checkbox"/> 終止	
		帳戶型一年期住院醫療日額給付附約	元 <input type="checkbox"/> 終止	
	外 加 式	一年期防癌健康保險附約	單位 <input type="checkbox"/> 終止	
		一年期傷害保險附約	萬元 <input type="checkbox"/> 終止	
		一年期壽險附約	萬元 <input type="checkbox"/> 終止	
一年期住院醫療日額保險附約		元 <input type="checkbox"/> 終止		
16	<input type="checkbox"/> 減額繳清保險 附加於本保單的所有附約處理方式： <input type="checkbox"/> 請一併終止 (未勾選者視同附約不予終止)			
17	<input type="checkbox"/> 展期定期保險 附加於本保單的所有附約處理方式： <input type="checkbox"/> 請一併終止 (未勾選者視同附約不予終止)			
20	<input type="checkbox"/> 申請減少保單價值準備金 _____ 元或 _____%(請擇一填寫)			
21	<input type="checkbox"/> 申請終止保費緩繳期			
22	<input type="checkbox"/> 申請進入保費緩繳期			
23	<input type="checkbox"/> 投資型保險貨幣帳戶投資標的轉換金額變更為 _____ 元			
	<input type="checkbox"/> 終止投資型保險貨幣帳戶投資標的轉換			
24	<input type="checkbox"/> 投資壽險型主約型別變更為 _____ 型			
25	<input type="checkbox"/> 申請還原保險金扣除額為零 (請檢附業務員報告書、健康聲明書蒐集及相關可保性證明)			
26	投資型分期繳保險費變更	目標保險費：_____ 元	超額保險費：_____ 元	
		定期保險費：_____ 元		
41	利率變動型年金保險費變更	定期保險費：_____ 元		

保單號碼： _____

29	年金給付資料變更	年金開始給付日 (請擇一填寫)	民國_____年保單週年日 (104/05/01 以後投保之投資型年金請填寫此欄) 民國_____年_____月_____日
		年金給付方式： <input type="checkbox"/> 一次給付 <input type="checkbox"/> 年給付 <input type="checkbox"/> 半年給付 <input type="checkbox"/> 季給付 <input type="checkbox"/> 月給付 年金給付方式： <input checked="" type="checkbox"/> 年金匯款帳戶限被保險人本人帳戶 <input type="checkbox"/> 支票 (外幣保單不適用) <input type="checkbox"/> 電匯被保人 戶名：_____ (外幣保單請填寫英文戶名) 銀行：_____銀行_____分行帳號：_____	
39	增值回饋分享金給付方式變更	保單年度第 1-6 年 <input type="checkbox"/> 購買增額繳清保險 <input type="checkbox"/> 抵繳應繳保險費 保單年度第 7 年起 <input type="checkbox"/> 購買增額繳清保險 <input type="checkbox"/> 抵繳應繳保險費 <input type="checkbox"/> 現金給付 <input type="checkbox"/> 儲存生息 ※選擇「現金給付」請填寫下列資料：	<input type="checkbox"/> 支票 (外幣保單不適用) <input type="checkbox"/> 電匯被保人 戶名：_____ (外幣保單請填寫英文戶名) 銀行：_____銀行_____分行帳號：_____
		<input type="checkbox"/> 增加基本保險金額之百分之 25% (申請時間若為被保險人結婚或婚生子女後之第一個保單週年日者，請檢附戶籍謄本或出生證明)	1. 限保單條款有「增加保險金額選擇權」之約定的險種。 2. 請於符合申請條件之保單週年日前後三十日內提出辦理。 3. 保單如遇條款約定不得行使增加基本保險金額選擇權之情形者，不予辦理。 4. 所增加壽險保額之保費補收方式依條款約定辦理。
42	增加基本保險金額選擇權		

其他：(若無適當的變更項目，請於本欄詳填變更後的內容)

退費方式填寫欄

如有退費，請勾選下列給付方式：(如未勾選，1,000 元以下抵繳續期保險費，1,000(含)元以上開立支票。)

抵繳續期保險費

開立以要保人為抬頭之禁止背書轉讓支票 (外幣保單不適用)

電匯要保人 戶名：_____ (外幣保單請填寫英文戶名)

銀行：_____銀行_____分行

帳號：_____

要保人/被保險人填寫時已詳閱個人資料蒐集、處理及利用告知事項之內容，並已獲得必要之資訊；**變更完成通知函將寄送至要保人聯絡地址(住所)。**

要保人簽章：_____ 被保險人簽章：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

要保人身分證字號：_____ 聯絡電話：_____ 請務必填寫要保人之電話號碼，以供必要時聯絡使用。

送件單位及單位代碼： 送件單位受理：	送件人已確認要保人、被保險人及未成年法定代理人/監護人/輔助人之身分；並確認要保人、被保險人及未成年法定代理人/監護人/輔助人簽署於各該簽名欄位內為親自簽名。 送件人有填寫手機號碼者，如符合第一金人壽發送簡訊條件時將會以此號碼通知。
保代/保經公司簽章：	送件人(見證人)簽名：_____ 登錄證字號：_____ 手機號碼：_____

總公司受理	總公司批註	本公司同意上述變更內容之申請，自民國_____年_____月_____日起生效。
		自民國_____年_____月_____日起 繳保險費為_____元整。

第一金人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項

第一金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(00一)。
- (二) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。
- (三) 消費者、客戶管理與服務(〇九〇)。
- (四) 行銷(包含金控共同行銷業務)(〇四〇)。
- (五) 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(〇五九)。
- (六) 金融爭議處理(〇六〇)。
- (七) 契約、類似契約或其他法律關係事務(〇六九)。
- (八) 資(通)訊與資料庫管理(一三六)。
- (九) 調查、統計與研究分析(一五七)。

二、蒐集之個人資料類別:

- (一) 姓名。
- (二) 出生年月日及身分證統一編號。
- (三) 地址、電話及電子郵件等聯絡方式。
- (四) 病歷、醫療、健康檢查。
- (五) 信用卡卡號與有效期限、金融帳戶號碼與戶名。
- (六) 要保書及契約變更、保險服務申請等文件所蒐集之個人資料。
- (七) 其他依本公司執行業務所需蒐集之個人資料。

三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)。

- (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。
- (五) 本公司網路會員或於本公司網站填寫之個人資料。

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、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、財團法人保險犯罪防制中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、信用卡發卡機構、收單機構、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關、合作推廣保險契約之保險代理人公司/保險經紀人公司(含兼營保險代理人/保險經紀人之銀行)、客戶所同意之對象(例如與本公司共同行銷、交互運用客戶資料之公司等)。
- (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:以書面、電子郵件、傳真。

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。