



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。本變更申請書若有塗改，請重新填寫申請書。
 ※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※請填寫或勾選變更後的內容於下列各欄，不變更的項目毋須填寫。					
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。				
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)						
15	帳 戶 型	險種分類及險種名稱		變更後內容		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」
		帳戶型一年定期癌症健康保險附約	單位	<input type="checkbox"/> 終止		
		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		
		帳戶型一年定期壽險附約	萬元	<input type="checkbox"/> 終止		
	外 加 式	帳戶型一年期住院醫療日額給付附約	元	<input type="checkbox"/> 終止		
		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、健康聲明書彙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				
		基本帳戶保險費：_____ 元 (適用雙倍樂活/第一強變額年金保險，該保險費不可增加)				
		升級帳戶保險費：_____ 元 (適用雙倍樂活/第一強變額年金保險)				

保單號碼：_____

27	全委帳戶投資標的資產撥回方式變更	<input type="checkbox"/> 非現金給付(累積單位數)：全委帳戶投資標的代碼：_____					
		<input type="checkbox"/> 現金給付：全委帳戶投資標的代碼：_____ (勾選此項，請同時申請下欄第 28.1 及 28.2 二項內容)					
28	收益分配、資產撥回給付方式變更	28.1 收益分配、資產撥回給付方式及比例變更					
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e0f2f7;"> <th style="width:80%;">給付方式</th> <th style="width:20%;">分配比例 合計 100%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 轉同契約幣別貨幣帳戶</td> <td style="text-align:center;">%</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 電匯要保人 <input type="checkbox"/> 支票 (外幣保單不適用) (匯款/支票 請擇一勾選)</td> <td style="text-align:center;">%</td> </tr> </tbody> </table>	給付方式	分配比例 合計 100%	<input type="checkbox"/> 轉同契約幣別貨幣帳戶	%	<input type="checkbox"/> 電匯要保人 <input type="checkbox"/> 支票 (外幣保單不適用) (匯款/支票 請擇一勾選)
給付方式	分配比例 合計 100%						
<input type="checkbox"/> 轉同契約幣別貨幣帳戶	%						
<input type="checkbox"/> 電匯要保人 <input type="checkbox"/> 支票 (外幣保單不適用) (匯款/支票 請擇一勾選)	%						
28.2 匯款帳號約定 戶名：_____ (外幣保單請填寫英文戶名)							
		銀行：_____ 銀行 _____ 分行 帳號：_____					
29	年金給付資料變更	年金開始給付日 (請擇一填寫) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">民國_____年保單週年日</td> <td style="width:70%; color: red;">(104/05/01 以後投保之投資型年金請填寫此欄)</td> </tr> <tr> <td>民國 _____年 _____月 _____日</td> <td></td> </tr> </table>	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		
		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： ※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：_____							

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：_____

變更完成通知函寄送方式：要保人聯絡地址(住所) 送件人員面交，如未勾選將寄送至要保人聯絡地址(住所)

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。

要保人簽章：_____ 被保險人簽章：_____ 法定代理人簽名：_____

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，本公司如需進行電訪時，將以此聯絡電話聯絡。

送件單位及單位代碼：	送件人已確認要保人、被保險人及未成年法定代理人之身分；並確認要保人、被保險人及未成年法定代理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。
送件單位受理：	
保經(代)簽署人章：	
	送件人(見證人)簽章：_____ 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 11001 版

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)。

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) 地址及電話等聯絡方式。
- (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) 其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。

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。

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。
- (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。

註:本公司履行上開告知義務,不限取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力。