第一金人壽保險股份有限公司
110 台北市信義路四段 456 號 13 樓
Tel：02-87581000　Fax：02-87806977

保險契約內容變更申請書－(B)

* P 0 1 *

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載本人資料轉送產、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	□復效(停效 6 個月以上者，請檢附健康聲明書)	
12	□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	□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	□終止
	帳戶型一年定期重大疾病健康保險附約	單位	□終止
	帳戶型傷害保險附約	萬元	□終止
	帳戶型一年期定期壽險附約	萬元	□終止
	帳戶型一年期住院醫療日額給付附約	元	□終止
外加式	一年期防癌健康保險附約	單位	□終止
	一年期傷害保險附約	萬元	□終止
	一年期壽險附約	萬元	□終止
	一年期住院醫療日額保險附約	元	□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」

16	□減額繳清保險　附加於本保單的所有附約處理方式：□請一併終止 (未勾選者視同附約不予終止)	
17	□展期定期保險　附加於本保單的所有附約處理方式：□請一併終止 (未勾選者視同附約不予終止)	
20	□申請減少保單價值準備金 ＿＿＿＿＿＿ 元或 ＿＿＿＿＿＿%(請擇一填寫)	
21	□申請終止保費緩繳期	
22	□申請進入保費緩繳期	
23	□投資型保險貨幣帳戶投資標的轉換金額變更為 ＿＿＿＿＿＿ 元	
	□終止投資型保險貨幣帳戶投資標的轉換	
24	□投資壽險型主約型別變更為 ＿＿＿＿＿＿ 型	
25	□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

第一金人壽

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：☐一次給付 ☐年給付 ☐半年給付☐季給付☐月給付 年金給付方式： ※年金匯款帳戶限被保險人本人帳戶 ☐支票 (外幣保單不適用) ☐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 ☐購買增額繳清保險 ☐抵繳應繳保險費 保單年度第 7 年起 ☐購買增額繳清保險 ☐抵繳應繳保險費 ☐現金給付 ☐儲存生息 **※選擇「現金給付」請填寫下列資料：** ☐支票 (外幣保單不適用) ☐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：_____	
42	增加基本保險金額選擇權	☐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。	

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，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： 送件單位受理： 保代/保經公司簽章：	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。 **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

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)

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）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。

（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、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、合作推廣業務之公司等)。

（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。

11312 版