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

第一金人壽

保險契約內容變更申請書

(房貸壽險專用)

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、姓名變更、身分證字號變更、出生年月日變更不在此限。
※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。

保單號碼		要保人	第一商業銀行股份有限公司	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。	
40	被保險人聯絡地址變更	聯絡地址變更：□□□_____ 住宅電話：(　　)_____ 公司電話：(　　)_____分機_____ 行動電話：_____ 電子郵件信箱：_____@_____ **＊被保險人填載於本申請書上之聯絡地址變更資料，將併同更新被保險人在第一金人壽所有保單之被保險人住所地址、聯絡電話及電子郵件信箱等資料。**
4	被保險人資料變更	姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生日期：民國_____年_____月_____日 國籍：_____ ＊僅須填寫更改部分，另請檢附身分證明文件，若變更國籍請檢附該國籍護照或居留證影本。
9	□補發保險單 (請檢附工本費每份保單新台幣 100 元)＊上列保險單因遺失、毀損、流失、被竊盜而申請補發，倘日後發現原保險單，應予作廢，特此聲明。	
10	受益人變更 ※貸款總額範圍內的受益人為要保人。此變更係就身故保險金用以清償貸款總額後，如有餘額時，該餘額受益人之變更。 ※請載明受益人姓名、身分證字號、與被保人之關係、及受益人一人以上時請指定順位、比例或均分，未註明以均分處理。 ※身故受益人請提供地址及聯絡電話，若為空白者，日後通知將以要保人最後之聯絡地址(住所)進行通知。 ※心安家意外傷害保險附加條款之身故保險金或喪葬費用保險金受益人僅能指定搭乘大眾運輸工具意外傷害之身故保險金或喪葬費用保險金部份。	
15	終止附加條款	□ 終止心安家意外傷害保險附加條款

種類	受益人姓名	身分證字號	分配方式		關係	
身故保險金			順位 _____	比例 _____%		身故保險金受益人限被保險人之家屬或法定繼承人。
	生日 _____ 國籍：□中華民國　是否擁有其他國籍 □否 □是 國籍名稱：_____					
	□同要保人按契約記載最後聯絡地址(住所) 地址：_____			□同要保人按契約記載最後聯絡電話 電話：_____		
附加條款身故保險金受益人			順位 _____	比例 _____%		
	生日 _____ 國籍：□中華民國　是否擁有其他國籍 □否 □是 國籍名稱：_____					
	□同要保人按契約記載最後聯絡地址(住所) 地址：_____			□同要保人按契約記載最後聯絡電話 電話：_____		

□其他：(若無適當的變更項目，請於本欄詳填變更後的內容)

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：**_____

新要保人簽章：_____

被保險人身分證字號：_____ **聯絡電話：**_____

請務必填寫被保險人之電話號碼，本公司如需進行電訪時，將以此聯絡電話聯絡。

送位單位及單位代碼： 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、受益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係為親自簽名。 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。