



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。					
1	要保人聯絡地址(住所)及聯絡電話	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ *聯絡地址(住所)係本公司按契約記載所發送各項通知之最後送達地址。 (公司)() _____ 分機 _____ 電子郵件信箱： _____ @ _____				
4	被保險人基本資料更改	姓名： _____ 身分證字號： _____ 出生日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 地址： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (住宅)() _____ (手機) _____ (公司)() _____ 分機 _____ 電子郵件信箱： _____ @ _____ *更改姓名、身分證字號或出生日期時，請檢附身分證明文件且僅須填寫更改部分。				
9	<input type="checkbox"/> 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、與被保險人之關係、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。				
	身故保險金	種類	受益人姓名	身分證字號	分配方式	身故保險金受益人限被保險人之家屬或法定繼承人。
					順位 _____ 比例 _____ %	
	附加條款身故保險金受益人	生日 _____ 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 是否擁有其他國籍 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 國籍名稱： _____ <input type="checkbox"/> 同要保人按契約記載最後聯絡地址(住所) 地址： _____ <input type="checkbox"/> 同要保人按契約記載最後聯絡電話 電話： _____				
生日 _____ 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 是否擁有其他國籍 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 國籍名稱： _____ <input type="checkbox"/> 同要保人按契約記載最後聯絡地址(住所) 地址： _____ <input type="checkbox"/> 同要保人按契約記載最後聯絡電話 電話： _____						
15	終止附加條款	<input type="checkbox"/> 終止心安家意外傷害保險附加條款				
<input type="checkbox"/> 其他：(若無適當的變更項目，請於本欄詳填變更後的內容)						

如有退費限以電匯給付，請務必填寫下列資料：

電匯戶名： _____ / _____ 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)

見證人已親自確認要保人、被保險人及未成年法定代理人簽署於各該簽名欄內親自簽名。 送件單位及單位代碼： 送件人(見證人)簽章： 登錄證字號： 送件單位受理：	要保人/ 被保險人已詳閱個人資料蒐集、處理及利用告知事項，並已獲得必要之資訊。 要保人同意本次變更或契約撤銷或終止保險契約的退費金額，要保人同意將款項匯入上列戶名及銀行帳戶中，嗣後若有發生糾紛或因資料錯誤而造成誤匯時，概由要保人自行負責。 要保人簽章： 被保險人簽章： 法定代理人簽名：
---	---

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 _____ 日午夜十二時起生效，如需加收保費， 則延至繳費翌日零時起生效。自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起 _____ 繳保險費為新台幣 _____ 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。