



※變更項目請打「✓」或填寫，本公司將根據已建置身分證字號的資料依附註說明變更相關保單。倘有退費將逕抵下期保費

身分證字號	申請人	填寫日期	年 月 日
-------	-----	------	-------

本申請書經 貴公司同意後，視同已批註於保險單上並構成原契約之一部份。個人資料異動如下：

住所地址：□□□□□□□□□□
 E-Mail：_____
 電話(日)：_____ (夜)：_____ 行動電話：_____

註一：本公司將逕行變更以該申請人為要保人或被保險人之所有有效及停效保單。
 註二：住所地址、E-Mail 及行動電話係本公司收取保險費及依約發送各項通知的依據，填寫時務必正確完整，日後若有異動，應立即書面通知本公司。無我國電話號碼或行動電話者，請再檢附 FATCA 及 CRS 身分聲明書及相關文件。

電子化通知服務：申請(請加填 E-Mail 或行動電話欄) 取消

註一：本公司將逕行變更以該申請人為要保人之所有有效保單及日後投保生效之新保單。
 註二：各項電子單據或通知(包含帳戶價值通知(季/年報告)、續期保險費送金單等)，一律寄發至契約最後所載之電子郵件信箱或行動電話，且優先以 E-Mail 寄至電子郵件信箱。如未提供電子郵件信箱或寄送失敗，則改以簡訊寄至行動電話。
 註三：日後本公司陸續開發完成之各項通知及單據，也將一併取消紙本寄送改以 E-Mail 或簡訊方式寄發。適用之保單服務項目請至本公司網站查閱。

基本資料變更：生日：_____年_____月_____日 性別：_____ 更名(含簽章)：_____

身分證字號 / 統一編(證)號：_____ 國籍：_____

職業(本職/兼職工作內容)：_____ 職業代碼：_____

註一：變更姓名者，請於「簽章欄」簽署舊姓名，於「新簽名欄」簽署新姓名。變更國籍者，請一併變更 FATCA 身分及 CRS 稅務居住者身分。
 註二：本公司將逕行變更以該申請人為上述保單身分之所有有效保單：①生日 / 性別 / 姓名：要保人、被保險人、受益人、法定代理人、保險費付款授權人；②身分證字號 / 統一編(證)號 / 國籍：要保人、被保險人、受益人、法定代理人；③職業：要保人、被保險人。

變更簽章樣式，變更的原因為：習慣改變 成年 因傷病無法簽名 印鑑遺失 不識字 其他：_____

註：請分別於「簽名(章)欄」簽署新、舊樣式。本公司將逕行變更以該申請人為要保人、被保險人、法定代理人之所有有效保單。

變更法定代理人或監護人為：_____，生日：_____年_____月_____日，性別：_____，國籍：_____

身分證字號 / 統一編(證)號：_____，電話：_____ (請提供相關證明文件，並於「新簽名欄」簽名)

其他：(欲補充說明之事項請填寫於本欄) _____

本人已詳細閱讀並確實瞭解全球人壽保險股份有限公司揭露之「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」，並於右方簽章欄中親自簽章確認。右方簽章欄應由當事人本人依最新簽訂契約之最後所載的簽章樣式親自簽章，如有虛偽不符，簽章人應負法律上責任。	申請人簽章：	申請人新簽名：	法定代理人簽名：	新法定代理人簽名：
			(未滿 18 足歲需法定代理人簽名)	(未滿 18 足歲需法定代理人簽名)

※為保障您的權益，對於您申請之事項，承辦單位得視狀況與您電訪確認或派員親訪。請提供本次申辦聯絡資訊：_____ 及方便電訪時段：
08:45~11:30 11:30~15:30 15:30~19:30 (若上方資訊非您最後留存於本公司之電話，請務必另行提出變更申請，以免影響您保單資訊的接收)

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容 全球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。(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。二、**蒐集之個人資料類別**：(一)識別類：1.辨識個人者：如姓名、職稱、住址、電話、電子郵遞地址及其他任何可辨識資料本人者等。2.辨識財務者：如金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼等。3.政府資料中之辨識者：如身分證統一編號、統一證號、殘障手冊號碼、證照號碼、護照號碼等。(二)特徵類：1.個人描述：如年齡、性別、出生年月日等。2.身體描述：如身高、體重等。3.習慣：如抽煙、喝酒等。(三)家庭情形：如結婚有無、家庭成員之細節等。(四)社會情況：如所有或具有其他權利之動產或不動產之價值等。(五)財務細節：如收入、所得、資產與投資、負債與支出、外匯交易紀錄、票據信用、保險細節等。(六)健康與其他：如醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙手冊證明資料等。(七)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、台灣票據交換所、財金資訊公司、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：以書面方式行使上述權利(查詢 台端個人資料可另以本公司服務電話及網際網路方式)。六、**台端不提供個人資料所致權益之影響**(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：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。

【全球人壽批註欄】本次異動的保單：※敬請立即確認保單數量，若有疏漏，請立即通知本公司。



承辦單位	保經、代公司簽章	單位助理	區域主任	保險業務員 / 經紀人 / 代理人	送件單位代號 / 中文名稱
				本人已親視申請人 / 法定代理人親自簽章，如有不實，本人願負法律責任。	
簽章合 內控 <input type="checkbox"/>			無影印設備 <input type="checkbox"/>	手機：_____	業務員登錄證號 / 執業證號

POSB02611