



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。

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					
1	要保人 聯絡地址 (住所)變更	聯絡地址 郵遞區號 (住所)： □□□	市 縣	鄉鎮 區市	村 里	路 街
		段 巷 弄 號 樓之	*係為本公司按契約記載所發送各項通知之最後送達地址。 住宅電話：() _____ 行動電話： _____ 公司電話：() _____ 分機 _____ 電子郵件信箱： _____ @ _____ 如欲申請電子化通知請另填寫「電子化通知服務異動申請書」			
3	要保人資料 變更	姓名： _____ 身分證字號： _____ 生日：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別： _____ *請檢附身分證證明文件且僅須填寫更改部分。				
4	被保人資料 變更	姓名： _____ 身分證字號： _____ 生日：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別： _____ *請檢附身分證證明文件且僅須填寫更改部分。				
5	繳別變更	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳				
6	保險費墊繳變更	<input type="checkbox"/> 同意墊繳 <input type="checkbox"/> 不同意墊繳 (保險費墊繳範圍包含本契約主約及附約)				
7	繳費方法變更	<input type="checkbox"/> 終止轉帳 / 信用卡授權 (同時變更繳法為自行繳費)				
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	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 內容變更	<input type="checkbox"/> 基本保額變更為 _____ 萬元				
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)					
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，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

電匯要保人

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)

要保人/被保險人填寫時已詳閱本申請書(含上述同意書)、注意事項及個人資料蒐集、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/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： _____ 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。

送件單位受理： _____ 送件人(見證人)簽名： _____ 登錄證字號： _____

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 繳保險費為新台幣 _____ 元整。

第一金人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項

11206 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。