



保險契約內容變更申請書（繁式）（電話行銷專用版）

（僅需填寫欲變更項目及其變更後內容）

※本人（即指要保人、被保險人、眷屬被保險人或其法定代理人，以下同）填寫本申請書前請先詳閱「蒐集、處理及利用個人資料告知書」及相關注意事項說明，申請文件須送達台灣人壽保險股份有限公司（下稱台灣人壽），並經台灣人壽核准後，以台灣人壽書面受理日為保單內容異動生效日。

※為維護要保人、被保險人及眷屬被保險人之權益，變更時請同時確認要保人、被保險人及眷屬被保險人留存之聯絡資訊，如需更新，請同時填寫「二、聯絡資訊變更」。

※為確認要保人、被保險人及眷屬被保險人具意願且瞭解其投保內容或變更事項，台灣人壽有可能採取電訪或生調方式聯繫保單相關人，以符合法令要求並確保您的權益。

※如欲查詢保單狀況之相關訊息，可透過台灣人壽網站或客服專線 0800-099-850 或(02)8170-5156 等管道查詢。

一般變更 猶豫期變更（簽收保單翌日起算 10 日內適用；可變更項目請依台灣人壽猶豫期變更作業規範辦理）

| | | | | | |
|------|--|-----|--|----------------|--|
| 保單號碼 | | 要保人 | | 要保人 身分證統一編號 | |
|------|--|-----|--|----------------|--|

一、基本資料變更

| 稱謂 | 姓名 | 身分證 統一編號 | 國籍 | 出生日期 (年/月/日) | 與被保險人 關係 | 服務單位 | 職位 | 工作內容 (含兼職) |
|--------|-------|-------------|---|-----------------|-------------|------|----|---------------|
| 要保人 | | | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | |
| 被保險人 | | | | | 本人 | | | |
| 法定代理人 | | | | | | | | |
| 眷屬被保險人 | 眷屬(一) | | | | | | | |
| | 眷屬(二) | | | | | | | |
| | 眷屬(三) | | | | | | | |
| | 眷屬(四) | | | | | | | |

1. 台灣人壽將依變更後資訊一併調整所有保單資料。
2. 變更要保人「身分證統一編號」或「國籍」者，請一併填寫「美國海外帳戶稅收遵循法案 FATCA 身分聲明書暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書」。
3. 變更姓名應同時更新簽名樣式，請同時填寫「十五、簽章樣式變更」。

二、聯絡資訊變更

| 稱謂 | 住所 | 是否同意一併變更 所有保單之住所？ (如未勾選，視為不同意) | 聯絡電話 | E-mail (數字零請寫 0，英文字 I 請寫成 i，l 請寫成 L) | |
|--------|--|--|--|--|--|
| 要保人 | <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 其他，請填寫以下聯絡資料： □□□-□□□ | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 | 住宅：() _____ 公司：() _____ 行動電話：_____ | _____ @ <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> yahoo.com <input type="checkbox"/> 其他 | |
| 被保險人 | <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 其他，請填寫以下聯絡資料： □□□-□□□ | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 | 住宅：() _____ 公司：() _____ 行動電話：_____ | _____ @ <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> yahoo.com <input type="checkbox"/> 其他 | |
| 眷屬被保險人 | 眷屬(一) | <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 其他，請填寫以下聯絡資料： □□□-□□□ | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 | 住宅：() _____ 公司：() _____ 行動電話：_____ | _____ @ <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> yahoo.com <input type="checkbox"/> 其他 |
| | 眷屬(二) | <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 其他，請填寫以下聯絡資料： □□□-□□□ | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 | 住宅：() _____ 公司：() _____ 行動電話：_____ | _____ @ <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> yahoo.com <input type="checkbox"/> 其他 |
| | 眷屬(三) | <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 其他，請填寫以下聯絡資料： □□□-□□□ | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 | 住宅：() _____ 公司：() _____ 行動電話：_____ | _____ @ <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> yahoo.com <input type="checkbox"/> 其他 |
| | 眷屬(四) | <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 其他，請填寫以下聯絡資料： □□□-□□□ | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 | 住宅：() _____ 公司：() _____ 行動電話：_____ | _____ @ <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> yahoo.com <input type="checkbox"/> 其他 |

※要保人、被保險人及眷屬被保險人所有保單之聯絡電話/E-mail 將一併變更。



三、要保人變更

| | | | | |
|--------|---------|-----------------|---|---------|
| 新要保人姓名 | 身分證統一編號 | 出生日期 | 國籍 | 與被保險人關係 |
| | | ____年____月____日 | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | |
| 服務單位 | 職位 | 工作內容(含兼職) | | |
| | | | | |

※申請要保人變更，應注意下列事項：

- 應取得被保險人及眷屬被保險人同意並簽章，如原要保人仍生存，新/舊要保人皆須於要保人簽章欄位簽章，且新要保人與被保險人、眷屬被保險人須有保險利益並需檢附相關證明文件。(如為原要保人身故，須檢附①全部法定繼承人聲明同意書②死亡證明或除戶戶籍謄本③全戶戶籍謄本正本憑辦)。
- 新要保人須一併填寫「二、聯絡資訊變更」之要保人欄位(如變更後之新要保人與被保險人為同一人，且被保險人已留存完整之聯絡資訊者，可不需填寫)。
- 新要保人須一併填寫「美國海外帳戶稅收遵循法案 FATCA 身分聲明書暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書」。
- 如繳費方式為金融機構轉帳及信用卡扣款者，請新要保人重新檢附「自動轉帳付款授權書」或「保險費信用卡付款授權書」。
- 如為投資型保單，新要保人尚未進行投資屬性分析評估或距前次評估已逾一年者，請務必先完成投資屬性分析。
投資屬性分析之網址為 <https://kyc.taiwanlife.com>，或請掃描右邊 QR code 登入。
- 如本保單已有借款或自動墊繳保險費，則清償借款/自動墊繳保險費本息之義務，概由新要保人概括承受。
- 台灣人壽將進行電訪，請確認並勾選簽名欄位上方之適合電訪時段。



四、匯款帳戶(限要保人帳戶)

| | | | |
|-----------------|----|-------------|--|
| 戶名 (請參照存摺填寫) | 帳號 | | |
| 銀行/郵局 | 分行 | *SWIFT CODE | |

- 外幣保單除提供匯款銀行/分行名稱及帳號資料外，務必再提供「*號」欄位資料。
- 如收付幣別為外幣者，一律以匯款方式給付，受款帳戶限臺灣地區可收受外幣的帳戶；受款人所需承擔之「匯款相關費用」請參閱契約條款。
- 猶豫期變更且首期繳費方式為信用卡或金融機構轉帳者無須填寫此欄位，將一律退費至原授權人扣款之信用卡或金融機構帳戶。
- 本次變更如有應付給要保人之款項，除已另有約定給付方式外，台灣人壽將款項匯入上述帳戶。

五、受益人變更

| 保險金種類 | 變更後受益人姓名/身分證統一編號/出生日期/國籍/與被保險人關係/聯絡方式 | | | | | 保險金分配方式 | | |
|--|--|---|--|----------|----------|---------|-------|-----------------------------|
| | ※保險金受益人有二位(含)以上時，保險金給付之分配方式，請指定順位、比例、均分，指定順位者依序號決定受益順位，指定比例者請註明分配比例之百分比(%)，總合須等於100%；如未指定，則視為以均分方式辦理。如身故保險金受益人指定為法定繼承人時，其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定。 | | | | | 順位 | 比例(%) | 均分 |
| 身故保險金 受益人 | 姓名： | 身分證統一編號： | 出生日期： | 國籍： | 與被保險人關係： | | | <input type="checkbox"/> 均分 |
| | ____年____月____日 | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 同要保人住所 聯絡地址： | <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 | <input type="checkbox"/> 其他，請填寫以下聯絡資料 聯絡電話： | | | | | |
| | (1) | | | | | | | |
| | 姓名： | 身分證統一編號： | 出生日期： | 國籍： | 與被保險人關係： | | | |
| ____年____月____日 | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 同要保人住所 聯絡地址： | <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 | <input type="checkbox"/> 其他，請填寫以下聯絡資料 聯絡電話： | | | | | | |
| (2) | | | | | | | | |
| 姓名： | 身分證統一編號： | 出生日期： | 國籍： | 與被保險人關係： | | | | |
| ____年____月____日 | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 同要保人住所 聯絡地址： | <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 | <input type="checkbox"/> 其他，請填寫以下聯絡資料 聯絡電話： | | | | | | |
| (3) | | | | | | | | |
| 姓名： | 身分證統一編號： | 出生日期： | 國籍： | 與被保險人關係： | | | | |
| ____年____月____日 | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 同要保人住所 聯絡地址： | <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 | <input type="checkbox"/> 其他，請填寫以下聯絡資料 聯絡電話： | | | | | | |
| (4) | | | | | | | | |
| 姓名： | 身分證統一編號： | 出生日期： | 國籍： | 與被保險人關係： | | | | |
| ____年____月____日 | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 同要保人住所 聯絡地址： | <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 | <input type="checkbox"/> 其他，請填寫以下聯絡資料 聯絡電話： | | | | | | |
| (5) | | | | | | | | |

※身故保險金受益人如非被保險人之直系親屬、配偶、法定繼承人時，請同時填寫下列變更原因，
變更原因：_____。

※要保人已知悉「身故保險金受益人」如係身分別之指定且未填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，台灣人壽將以本人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。

| 變更後受益人姓名/身分證統一編號/出生日期/國籍/與被保險人關係/指定匯款帳戶 | | | | | 保險金分配方式 | | | | |
|---|--|--------|---|----------------|--|--------------|-----------|----|-----------------------------|
| 生存保險金 受益人 | ※如外幣保單之保險金選擇以匯款方式給付者，除填寫匯款銀行/分行名稱及帳號資料外，請另填寫「*號」欄位資料；受款帳戶限臺灣地區可收受外幣的帳戶；受款人所需承擔之「匯款相關費用」請參閱契約條款。 | | | | | 順位 | 比例 (%) | 均分 | |
| | (1) | 姓名： | 身分證統一編號： | 出生日期： 年 月 日 | 國籍： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | | | | 與被保險人關係： |
| | | 銀行/郵局： | 分行： | 帳號： | *英文戶名： | *SWIFT CODE： | | | <input type="checkbox"/> 均分 |
| | (2) | 姓名： | 身分證統一編號： | 出生日期： 年 月 日 | 國籍： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | 與被保險人關係： | | | |
| 滿期/祝壽 保險金 受益人 | (1) | 姓名： | 身分證統一編號： | 出生日期： 年 月 日 | 國籍： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | 與被保險人關係： | | | |
| | | 銀行/郵局： | 分行： | 帳號： | *英文戶名： | *SWIFT CODE： | | | <input type="checkbox"/> 均分 |
| | (2) | 姓名： | 身分證統一編號： | 出生日期： 年 月 日 | 國籍： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | 與被保險人關係： | | | |
| | | 銀行/郵局： | 分行： | 帳號： | *英文戶名： | *SWIFT CODE： | | | |
| 保險金指定 給付方式 | <input type="checkbox"/> 全部指定為「一次性給付」者，無需填寫下列欄位。 <input type="checkbox"/> 指定為「分期定期給付」者，請續填下列欄位： 分期定期給付開始日：受益人備齊本契約給付申領文件之日起第_____日(最晚不得超過15日)，如未填寫將以第1日辦理。 | | | | | | | | |
| | 身故保險金 (不含喪葬費用保險金) | | 一次給付：比例_____％ 分期給付：比例_____％；給付期間：_____年；給付週期 <input type="checkbox"/> 年給付 <input type="checkbox"/> 月給付 | | | | | | |
| | 完全失能保險金 (受益人限被保險人本人) | | 一次給付：比例_____％ 分期給付：比例_____％；給付期間：_____年；給付週期 <input type="checkbox"/> 年給付 <input type="checkbox"/> 月給付 | | | | | | |
| | _____ 保險金 | | 一次給付：比例_____％ 分期給付：比例_____％；給付期間：_____年；給付週期 <input type="checkbox"/> 年給付 <input type="checkbox"/> 月給付 | | | | | | |
| ※分期定期保險金給付方式與給付金額之相關規定，請詳閱各契約條款；如依契約條款無本項給付之約定，雖於本欄位填寫仍不生效力。 ※比例總和須等於100%；如比例未填寫或填寫為0%時，視為投保時不約定保險金分期定期給付。 ※給付期間請依所投保商品之契約條款約定填寫。 | | | | | | | | | |

六、給付方式變更

| | |
|--|---|
| 紅利給付方式 | <input type="checkbox"/> 現金給付(請同時填寫「四、匯款帳戶」) <input type="checkbox"/> 儲存生息 <input type="checkbox"/> 抵繳保險費 <input type="checkbox"/> 儲存生息(併生存保險金給付) <input type="checkbox"/> 購買增額繳清保險 ※紅利給付方式之相關規定，請詳閱各契約條款；如依契約條款無本項給付之約定，雖於本欄位填寫仍不生效力。 |
| 增值回饋分享金給付方式 | ※增值回饋分享金給付方式與給付金額之相關規定，請詳閱各該契約條款。 ※如依契約條款無本項給付之約定，雖於本欄位勾選或填寫仍不生效力。 ※如契約條款未提供以下所勾選之給付方式者，雖於本欄位填寫，仍應依契約條款約定辦理。 <input type="checkbox"/> 抵繳保險費 <input type="checkbox"/> 購買增額繳清保險 <input type="checkbox"/> 儲存生息 <input type="checkbox"/> 現金給付(請同時填寫「四、匯款帳戶」) <input type="checkbox"/> 選擇「現金給付」者，同時申請自第7保單年度起且被保險人保險年齡到達55歲(含)以上時，以月給付方式辦理。(如未勾選，視為投保時不申請。) |
| <input type="checkbox"/> 紅利/增值回饋分享金提領(請同時填寫「四、匯款帳戶」) | |
| 年金給付方式 | <input type="checkbox"/> 一次給付 <input type="checkbox"/> 分期給付 (<input type="checkbox"/> 年給付 <input type="checkbox"/> 月給付) <input type="checkbox"/> 保證期間(<input type="checkbox"/> 10年期 <input type="checkbox"/> 15年期 <input type="checkbox"/> 20年期) <input type="checkbox"/> 保證金額 |

七、保險費自動墊繳選擇

聲明續期保險費未在寬限期前繳付，同意 不同意 以當時之保單價值準備金(如有保單借款者，以扣除其借款本息後之餘額)自動墊繳同一保單號碼下之主契約及附約應繳之續期保險費及其利息。

八、繳別 / 繳費方式變更

| | |
|------|--|
| 繳別 | <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 ※如須補繳納保險費，請同時填寫「十一、補繳納保險費」 |
| 繳費方式 | <input type="checkbox"/> 自行繳費 ※欲變更為信用卡繳費，請填寫「保險費信用卡付款授權書」。 ※欲變更為轉帳繳費，請填寫「保險費暨保險單借款利息自動轉帳付款授權書」。 |

九、復效

申請復效 (如須補繳納保險費，請同時填寫「十一、補繳納保險費」)

1. 停效六個月以上請一併檢附「健康告知書」；如有「體檢報告書」或其他可保證明文件，可一併檢附。
(如應備文件不齊全者，則退件不予受理)
2. 被保險人及眷屬被保險人於停效期間所發生之保險事故，台灣人壽不負保險給付責任。
3. 為維護要保人、被保險人及眷屬被保險人之權益，請於申請復效時，一併確認要保人、被保險人及眷屬被保險人留存之聯絡資訊，如需更新，請同時填寫「二、聯絡資訊變更」。

十、新增附約或異動附約保障

- (1) 請詳實填寫下列欄位。
- (2) 加保附約請於「二、聯絡資訊變更」填寫被保險人及眷屬被保險人之聯絡資訊。
- (3) 請一併檢附「健康告知書」及「個人保險契約審閱期間確認聲明書」。如為家庭成員申請附加附約，每位家庭成員均需個別填寫「健康告知書」並於眷屬被保險人簽章欄位簽章。
- (4) 如須補繳納保險費，請同時填寫「十一、補繳納保險費」。
- (5) 本次異動附約如有退費，請同時填寫「四、匯款帳戶」。

加保附約報備編號：_____ (由台灣人壽人員填寫)

| 異動種類 | 姓名 | 身分證統一編號 | 出生日期 | 國籍 | 與被保險人關係 | 附約險種名稱/代號 | 變更後保額/計劃別 |
|--|----|---------|------|---|---------|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 提高 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 減少 | | | | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | | | |
| <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 提高 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 減少 | | | | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | | | |
| <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 提高 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 減少 | | | | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | | | |
| <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 提高 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 減少 | | | | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | | | |
| <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 提高 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 減少 | | | | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | | | |
| <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 提高 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 減少 | | | | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他： | | | |

※醫療及意外傷害失能保險金之受益人為被保險人/眷屬被保險人本人；非左述保險金之受益人者，請於下列空白處加註被保險人及眷屬被保險人姓名、受益人姓名、出生日期、身分證統一編號、國籍、關係及分配方式(如指定之身故受益人非被保險人之直系親屬、配偶、法定繼承人時，請同時填寫變更原因)。

※如申請「終止/減少附約」之變更，請填寫此欄位：

申請原因：資金運用 經濟因素 投保/加保台灣人壽或同業新契約 其他_____

十一、補繳納保險費(本次申請契約內容變更或復效，如須補繳納保險費時請務必勾選)

同意由約定之續期保險費自動轉帳帳戶扣款/信用卡請款 自行繳納補費金額

(未勾選或復效時尚有自動墊繳保險費或保單借款未清償或預約變更者，則以「自行繳納補費金額」辦理)

十二、變更為減額繳清/展期定期保險

| | |
|----------------------------|---|
| 變更為減額繳清保險 (異動生效日為最近繳費日) | <input type="checkbox"/> 申請減額繳清保險，附約之處理方式選擇如下： <input type="checkbox"/> 1. 累積有保單價值準備金之長年期附約同時辦理減額繳清保險，並一併終止其他所有附約之契約效力。 <input type="checkbox"/> 2. 保留長年期附約及一年期附約，其附約效力依各商品條款辦理，如附約維持有效且仍需繳交保險費者，則自下一保單週年日起變更為年繳且其保險費自動墊繳選擇權變更為不同意自動墊繳。 (請一併填寫「保險費暨保單借款利息自動轉帳付款授權書」或「保險費信用卡付款授權書」) |
| 變更為展期定期保險 (異動生效日為最近繳費日) | <input type="checkbox"/> 申請展期定期保險 累積有保單價值準備金之長年期附約同時辦理展期定期保險，除已繳費期滿或因保險事故發生保險給付中之長年期附約(並同意自下一保單週年日起變更為年繳其自動墊繳選擇權變更為不同意自動墊繳)外，其餘附約效力持續有效至該附約當期已繳之保險費期滿後終止。 |

※凡變更為減額繳清保險或展期定期保險，倘有保單借款或欠款、墊繳保險費者，將以變更當時之保單價值準備金扣除欠繳保險費或借款本息或墊繳保險費本息後的淨額辦理，其紅利給付方式原為補費繳清或抵繳保險費者，則同時變更為儲存生息。

十三、減少保單價值準備金、減少保險金額/基本保額

| | |
|-------------|--|
| 減少保單價值準備金 | 減少保單價值準備金 _____元(請同時填寫「四、匯款帳戶」及「申請原因」) |
| 減少保險金額/基本保額 | 主契約變更後保額為 _____元(請同時填寫「四、匯款帳戶」及「申請原因」) |

申請原因：資金運用 經濟因素 投保/加保台灣人壽或同業新契約 其他 _____

十四、補發保單

原保單因已 遺失 毀損 其他原因 _____，特聲明作廢，並申請補發電子保單 紙本保單。

- 申請補發紙本保單時，須繳納工本費新臺幣 100 元，請檢附工本費之郵局劃撥單據或匯款證明。
(1)劃撥：戶名：台灣人壽保險股份有限公司 劃撥帳號：50120507
(2)匯款：戶名：台灣人壽保險股份有限公司 銀行：中國信託商業銀行城中分行 帳號：502 加保單號碼
- 如原為電子保單且首次申請補發紙本保單則無須繳納工本費。
- 申請補發電子保單時，請詳閱「台灣人壽官方網站」之電子保單相關權益事項說明，並填寫「二、聯絡資訊變更」之要保人、被保險人及眷屬被保險人之行動電話(必填)、E-mail 信箱(選填)。

※保單補發後，原保單即予作廢，以補發之保單為準。

十五、簽章樣式變更

| | |
|------|---|
| 變更對象 | <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 眷屬被保險人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 |
| 變更原因 | <input type="checkbox"/> 變更慣用簽章樣式 <input type="checkbox"/> 要保人/被保險人/眷屬被保險人已滿七足歲欲變更簽章樣式 <input type="checkbox"/> 其他 _____ |

※申請要保人/被保險人/眷屬被保險人/法定代理人之簽章樣式、姓名等變更，需同時於簽章欄位簽署變更前與變更後之簽章樣式。

十六、申請保單價值證明

用途： _____，計算日期： _____

※如未填寫計算日期，則以公司受理日為計算日。

十七、補充告知/其他變更項目(未詳列之項目，請於本欄填寫)

說明：

※蒐集、處理及利用個人資料告知事項：

台灣人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項之規定,向台端告知下列事項,請台端詳閱:

1. 蒐集之目的:本公司依法務部公告「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」,並參酌本公司行業特性以人身保險業務(001)及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)為特定目的之個人資料蒐集、處理及利用。
2. 蒐集之個人資料類別:本申請書所列之個人資料類別。
3. 個人資料之來源:(一)要保人、被保險人、眷屬被保險人、受益人。(二)當事人之法定代理人、監護人或輔助人。
4. 個人資料利用之期間、對象、地區、方式:(1)期間:依本公司因執行業務所必須之保存期間及依法令規定應為保存之期間。(2)對象:本(分)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、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊股份有限公司、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。(3)地區:上述對象之所在地區。(4)方式:合於法令規定之利用方式。
5. 台端依據個資法第三條規定得行使之權利及方式:(1)得向本公司行使之權利:A、查詢、請求閱覽或製給複製本。B、請求補充或更正、停止蒐集、處理或利用及刪除。(2)行使權利之方式:以書面或撥打本公司 0800-099-850 或(02)8170-5156 客服專線。
6. 台端若不提供個人資料所致權益之影響:本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,恐致遲延或無法提供台端相關服務或給付。

※填寫說明及注意事項：

1. 臨櫃辦理者,請同時攜帶附有照片之身分證明雙證件正本及其他應備文件。尚未建置「簽章樣式卡」者,需一併申請辦理;已建置「簽章樣式卡」之簽章樣式變更作業限臨櫃辦理,適用作業項目:(1)申請簽章樣式變更、(2)變更姓名、(3)變更要保人、(4)補發保單且同時變更印鑑、(5)身分證統一編號變更。
2. 契約變更通知應繳之金額或復效保險費,請於10日內以現金或即期支票繳付;照會補件,請於期限內補回,如逾期未回,請重新申請辦理。
3. 申請補費繳清者,如變更完成後免再繳交續期保險費者,其原紅利給付方式為補費繳清或抵繳保險費者,則同時變更為儲存生息。

※配合相關法令規範,台灣人壽將視需要向要保人/被保險人/眷屬被保險人進行電話訪問,請勾選適合電訪之時段:

上午 9:00~12:00 下午 13:00~18:00 (未勾選者,將由台灣人壽安排電訪時段)

※聲明事項：

1. 本人茲向台灣人壽申請變更保單內容如上,並同意本申請書經台灣人壽核准後,將作為原保單之一部分。
2. 本人辦理變更時,約定以台灣人壽收受的傳真申請文件及台灣人壽通知補件要保人傳真回覆文件,為正式合法之申請文件。
3. 本人已詳細閱讀與瞭解「填寫說明及注意事項」及「蒐集、處理及利用個人資料告知書」,並同意台灣人壽就本人之個人資料,於保單或法定目的範圍內,有蒐集、處理或利用之權利,如本人申請變更項目依現有個人資料內容即可作業者,免再提供個人資料予台灣人壽。
4. 本人簽章與原留台灣人壽簽章樣式不符或文件未齊全,且未辦理變更或補全者,台灣人壽將不予受理該次變更。

***如本次變更項目含要保人變更,本人知悉因辦理要保人變更事涉財產權益之移轉,可能涉及遺產稅或贈與稅之課徵,應依「遺產及贈與稅法」規定向國稅局辦理申報,以確保自身權益。**

(原)要保人簽章: _____ / _____
(原要保人簽章) (原要保人新簽章)

(新)要保人簽章: _____

被保險人簽章: _____ / _____
(被保險人簽章;如要保人與被保險人為同一人可免簽) (被保險人新簽章)

眷屬被保險人(一)/(二)簽章: _____ / _____ / _____ / _____
(眷屬被保險人(一)簽章) (眷屬被保險人(一)新簽章) (眷屬被保險人(二)簽章) (眷屬被保險人(二)新簽章)

眷屬被保險人(三)/(四)簽章: _____ / _____ / _____ / _____
(眷屬被保險人(三)簽章) (眷屬被保險人(三)新簽章) (眷屬被保險人(四)簽章) (眷屬被保險人(四)新簽章)

身分證統一編號: _____ 行動電話: _____ 出生日期: _____ 國籍: _____ 關係: _____

申請日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

簽章注意事項：

1. 申請要保人變更應取得被保險人及眷屬被保險人同意並簽章,如原要保人仍生存,新/舊要保人皆需於要保人簽章欄位簽章,且新要保人與被保險人/眷屬被保險人需有保險利益並需檢附相關證明文件。
2. 以上簽章應由要保人/被保險人/眷屬被保險人本人親自為之,且簽章樣式需與要保文件相同;簽章者未滿七歲,應由法定代理人代簽,如為未成年或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者,需其法定代理人/監護人/輔助人一併簽章。

※變更身故受益人時,已確認變更後之身故保險金受益人為被保險人之配偶、直系親屬,或法定繼承人: 是, 否, 如否, 請說明:

(1)關係: _____ 及(2)原因: _____ 招攬/服務人員簽名: _____

| 代收區號 | 招攬/服務人員簽名、登錄證字號/執業證號 | 覆核主管簽名 | 保經/保代公司簽章 | 台灣人壽受理章 |
|------|---|--------|-----------|---------|
| | 招攬/服務人員簽名: _____ 登錄證字號/執業證號: _____ 上述契變內容係於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分,經由台灣人壽電話行銷服務人員電訪要保人、被保險人及眷屬被保險人核對身分及確認申請意願無誤。 | | | |