

★請於第3頁簽名★

保單號碼：	要保人：	被保險人：
-------	------	-------

契約變更項目如下(僅填寫需變更的項目及變更後的內容)【填寫時請詳閱注意事項，為保障您的權益，如有必要，本公司將會派員以電話或到府拜訪方式與您聯繫確認】

1.1. 保單通訊資料變更(請詳注意事項第二項) 要保人所有保單全部變更
 住所地址變更(約定為文件送達地址)
 電子郵件信箱：_____ (如已申請電子通知單者，變更後將以此電子郵件信箱發送)
 聯絡電話:(公司)(____)-_____ 分機 _____ (住宅)(____)-_____ (手機號碼)_____

1.2. 被保險人通訊資料變更(含眷屬附約被保險人)(併同時更新本人在 貴公司所留存通訊資料)

姓名： 住所地址變更： <input type="checkbox"/> 同上述 1.1 保單住所地址(文件送達地址) 電子郵件信箱： 聯絡電話:(公司) _____ (住宅) _____ (手機號碼)_____	姓名： 住所地址變更： <input type="checkbox"/> 同上述 1.1 保單住所地址(文件送達地址) 電子郵件信箱： 聯絡電話:(公司) _____ (住宅) _____ (手機號碼)_____	姓名： 住所地址變更： <input type="checkbox"/> 同上述 1.1 保單住所地址(文件送達地址) 電子郵件信箱： 聯絡電話:(公司) _____ (住宅) _____ (手機號碼)_____
--	--	--

2. 要保人變更:(請詳注意事項第三項) (*因辦理要保人變更依遺產及贈與稅法規定,可能涉及遺產稅或贈與稅之課徵,提醒您應向國稅局辦理申報。*聲明自變更日起概括承受原要保人於本保險契約之一切權利與義務。*要保人變更後,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隨之移轉予新要保人。*原要保人所申請之「電子保單」即自動終止,保單型式改為紙本保單,新要保人如要申請電子保單,請勾選第 16 項電子保單,同時留存要保人手機號碼、E-mail 及被保險人手機號碼)

原要保人或原要保人之法定繼承人知悉辦理要保人變更會涉及遺產稅及贈與稅之課徵,需至稽徵機關辦理完稅事宜,特此聲明。

原要保人或原要保人之法定繼承人簽名：_____ 身分證字號/統一證號：_____

新要保人姓名：_____ 性別：_____ 身分證字號/統一證號：_____ 出生日期：_____

國籍：中華民國(是否有雙國籍? 否 是：請說明第二國籍 _____) 其他 _____ 與被保險人關係：_____

服務機構名稱：_____ 營業內容：_____ 職稱：_____ 實際工作內容：_____

要保人過去一年內是否居住於中華民國境外超過半年以上? 否 是，請說明居住國家(地區) _____

要保人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如中央或地方民意代表，公務機關首長)?

否 是，請說明 _____

保費支付來源：

(1) 薪資 退休金 財產繼承 投資收入 (2) 儲蓄(請說明累積之實質來源)：_____ 其他：_____

申請變更要保人時，請新要保人一併變更保單通訊資料：(請務必填寫，若未填寫將照會補全)

住所地址變更(約定為文件送達地址)
 電子郵件信箱：_____ (如已申請電子通知單者，變更後將以此電子郵件信箱發送)
 聯絡電話:(公司)(____)-_____ 分機 _____ (住宅)(____)-_____ (手機號碼)_____

3. 基本資料變更(請檢附證明文件)：要保人 被保險人 受益人 (本人所有保單之基本資料併同變更，特此聲明)
 姓名：_____ 身分證字號/統一證號：_____ (外籍人士請確認是否同時變更國籍) 性別：_____
 出生日期：_____ 國籍：中華民國(是否有雙國籍? 否 是：請說明第二國籍 _____) 其他 _____

4. 變更生存保險金(月給付型)批註條款：申請 取消 (僅供有月給付型批註條款商品適用)

5. 繳費方式變更：變更為自行繳費件

6. 繳別變更：年繳 半年繳 季繳 月繳 (如有補費請填寫第 23 項)

7. 變更墊繳選擇權為：同意墊繳 不同意墊繳

8. 變更紅利選項：現金給付 抵繳保費 購買增額繳清保險 儲存生息(勾選現金給付如採電匯方式給付者，請另填「匯款給付申請單」)

9. 紅利給付/增值回饋分享金(領取)給付【依保單條款辦理】(退費方式請填寫第 24 項)

10. 變更增值回饋分享金選項：(請依保單條款約定作下列勾選，勾選現金給付如採電匯方式給付者，請另填「匯款給付申請單」)

保單經過年度未屆滿約定年限者：增額繳清 抵繳保費

保單經過年度已屆滿約定年限者：現金給付 抵繳保費 購買增額繳清保險 儲存生息

11. 年金給付相關變更：(主契約條款有年金給付者，始可辦理，請詳保單條款) 選擇分期給付請依下列擇一勾選：

年金給付開始日變更為：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 保證期間年金型：(10 年 15 年 20 年)

年金給付方式之選擇：一次給付 分期給付：(月給付 年給付) 保證金額年金型

12. 要保人 主被保險人職業變更(請所有保單一併提出申請職業變更) 附約被保險人 _____ 職業變更：

服務機構名稱：_____ 營業內容：_____ 職稱：_____

實際工作內容：_____ 職業類別第 _____ 類

有無兼職：無 有：兼職服務機構名稱：_____ 營業內容：_____ 實際工作內容：_____

填寫處如有塗改請要保人於塗改處簽名



13. 變更身故保險金或喪葬費用保險金受益人：(請載明與被保險人之關係、生日、身分證字號/統一證號、國籍及其順位或比例，未註明順位比例時，本公司將以同一順位均分辦理)【如指定社福團體為受益人時，要保人請主動通知社福團體，申領保險金應檢具之相關文件詳網址：<http://www.yuantalife.com.tw>。如社福團體為申領身故保險金或喪葬費用保險金而有申請戶籍謄本之需要，可依「申請戶籍謄本及閱覽戶籍登記資料處理原則」向戶政機關辦理。】
(1). 主被保險人身故保險金或喪葬費用保險金受益人(含其附約)：(若欄位不足請於其他變更欄詳述之) *郵寄/傳真辦理除要保人、法定繼承人外，請檢附受益人身分證明文件*變更配偶、子女附約身故保險金或喪葬費用保險金受益人，請填寫於下列其他變更欄，眷屬附約被保險人並請簽名於簽名欄。【身故保險金受益人經指定為法定繼承人者，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定】

姓名	出生年月日 (民國)	身分證字號/統一證號	國籍	與被保險人 關係	順位	比例	受益人非被保險人之配偶、直系血親、法定繼承人者，請說明原因
			<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____				
			<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____				
			<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____				
			<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____				

聯絡地址及電話：同要保人 同被保險人 聯絡地址：_____ 電話：_____
 ※身故保險金受益人如係分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

(2). 主被保險人生存/滿期/祝壽保險金受益人(含其附約)：(若欄位不足請於其他變更欄詳述之)

*郵寄/傳真辦理除要保人、法定繼承人外，請檢附受益人身分證明文件

姓名	出生年月日 (民國)	身分證字號/統一證號	國籍	與被保險人 關係	順位	比例	新增給付電匯帳號 (外幣保單請加填英文戶名、Bank Swift Code)
			<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____				銀行：_____ 分行：_____ 帳號：_____ 英文戶名：_____ Bank Swift Code：_____
			<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____				銀行：_____ 分行：_____ 帳號：_____ 英文戶名：_____ Bank Swift Code：_____

14. 身故保險金及完全失能保險金給付方式變更(請擇一勾選)：(若主契約條款有分期定期給付之約定者，始可辦理，請詳保單條款。)

1. 全部指定為「一次性給付」。

2. 分期定期給付，請續填下列選項(下列約定適用所有身故及完全失能保險金受益人，且比例總和應等於100%)：

一次給付比例：_____ % 分期給付比例：_____ % 給付期間(年給付)(請擇一勾選)：5年 10年 15年 20年 ___年

15. 補發紙本保單(原保單聲明作廢，以補發之保單為準，請補工本費100元)

16. 保單型式變更：

(將同時依該保單型式產出補發保單。申請變更電子保單須留存要保人行動電話、E-mail 及被保險人手機號碼，請於 1. 保單通訊資料變更項下填寫)

紙本保單(請補工本費100元。)

電子保單(要保人需為自然人且已成年始可申請電子保單，日後辦理契約變更，將提供變更後之電子保單檔案，依要保人所記載之手機號碼及電子郵件信箱發送電子保單領取通知，要保人亦可於「保戶園地」專區下載變更後之電子保單。)

17. 復效(停效六個月以上請檢附可保性證明，詳注意事項第四項，)(補費請填寫第23項)

繳納全部復效保費 繳納最低復效保費(經墊繳停效保單辦理復效請勾選，如未勾選以繳納全部復效保費辦理)

(如選擇部份繳交時，則該張保單的自動墊繳仍未全部清償，於復效完成後仍無法正常繳費，如欲正常繳費，仍須辦理復繳清償全部自動墊繳本息。)

被保險人通訊資料變更(含眷屬附約被保險人)(併同時更新本人在 貴公司所留存通訊資料，請務必填寫，若未填寫將照會補全)(非復效辦理，請填寫第 1.2 項)

姓名： 住所地址變更：	姓名： 住所地址變更：	姓名： 住所地址變更：
<input type="checkbox"/> 同上述. 1.1 保單住所地址(文件送達地址) 電子郵件信箱： 聯絡電話:(公司) (住宅) (手機號碼)	<input type="checkbox"/> 同上述. 1.1 保單住所地址(文件送達地址) 電子郵件信箱： 聯絡電話:(公司) (住宅) (手機號碼)	<input type="checkbox"/> 同上述. 1.1 保單住所地址(文件送達地址) 電子郵件信箱： 聯絡電話:(公司) (住宅) (手機號碼)

18. 主契約保險金額變更：

台幣保單：保險金額縮小為 _____ 萬元/單位，保險金額提高為 _____ 萬元/單位(請詳注意事項第五項)

外幣保單：保險金額縮小為 _____ 元，保險金額提高為 _____ 元

19. 簽名樣式變更：要保人 被保險人：_____，請於簽名欄位簽署新/舊簽名樣式。

變更簽名樣式原因：

20. 契約轉換/繳費年期變更

契約內容	轉換前	轉換後	請另附「傳統型保險契約間契約轉換及繳費年期變更前後利益比較暨權益說明書」並請簽名確認，若未檢附將照會補全。
保險種類(填寫中文名稱)			
繳費年期	_____ 年	_____ 年	

填寫處如有塗改請要保人於塗改處簽名

21. 附約變更：附約異動後保障內容 (請詳注意事項第六項，新增附約、提高保障內容，請檢附健康聲明書) *郵寄/傳真附加眷屬附約請檢附眷屬身分證文件							
被保險人姓名	身分證字號	出生日期	性別	實際工作內容(含兼職)	附約險種名稱	年期	(保額/單位/計劃)
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 異動為 <input type="checkbox"/> 取消
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 異動為 <input type="checkbox"/> 取消

本次新加保或提高保障請說明資金來源

1 保費支付者為：要保人被保險人受益人其它 (勾選受益人或其它者，請提供個人資料蒐集、處理、利用告知事項聲明書)

2 保費支付來源為(可複選)：(1)薪資退休金財產繼承投資收入(2)儲蓄(請說明累積之實質來源)：_____ 其他：_____

(3)保單解約定存解約保單貸款其他貸款 基金贖回(勾選前述第(3)項任一者，請提供財務狀況告知書)

本人就上述保險商品保險契約條款樣張之審閱期間聲明：本人已於申請日前四日完成契約條款樣張審閱(新加保附約、更約權務必聲明)。

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

22. 其他變更：(凡變更事項未能於上列勾選者，請於本欄填寫變更後內容)

23. 本次變更如有補費，請勾選下列補費方式：
使用原續期繳費之信用卡補費 使用新的信用卡補費(請檢附信用卡付款授權書) 自行繳費(另行寄發自行繳費單)

24. 本次變更如有退費，請勾選下列給付方式：(台幣保單如未勾選：1,000元以下抵繳續期保費，1,000元(含)以上開立支票辦理。
 外幣保單如未勾選：美金30元以下抵繳續期保費，美金30元(含)以上申請電匯退費辦理，請加填英文戶名/Bank Swift Code)

抵繳續期保費 電匯要保人帳戶：_____ 銀行/郵局 _____ 分行/局號：_____ 帳號：_____

開立支票 英文戶名：_____ 銀行代碼(Swift Code)：_____

取消保險附約與客戶權益相關之重要事項告知內容

為維護您的權益，提醒您務必於取消保險附約前確認已詳閱並充分了解下列重要事項：

- 申請取消保險附約者，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。本公司所負之保險責任即行終止，日後若發生任何事故，本公司恕不負任何保險責任。
- 保險附約取消時，可能無法全額領回已繳保險費或無解約金等情形。
- 若因故不便繳納保險費，可依個人規劃考慮辦理展期、繳清、自動墊繳保險費或保單借款。
- 保險附約取消後再投保新保單時，須承擔下列風險：
 - 重新履行告知義務：須對投保新契約當時的體況進行健康告知，附約取消後至再投保新保單前之期間，倘被保險人罹患疾病而未履行健康告知，將可能因違反告知義務致保險公司依保險法第64條解除契約。
 - 違反告知義務解除保險契約的除斥期間及健康險的等待期，都要從投保新契約之日起重新計算，再投保健康險之等待期重新計算期間，倘被保險人罹患疾病，恐將無法獲得理賠。
 - 再投保健康險前倘被保險人已罹患疾病，保險公司可能依保險法第127條主張不負給付相關保險金之責任。
 - 因重新投保時的年齡可能大於投保原契約時的年齡，保險費率可能也會相對提高，且可能因已超過新契約規定之投保年齡或身體健康因素而無法投保；或可能因為新舊契約保障範圍差異致無法獲得理賠等因素而影響您的保障權益。

- ◎ 聲明事項：1. 本人(被保險人)同意元大人壽保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 2. 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本契變書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 3. 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
- ◎ 取消保險附約前已確認詳閱重要事項告知內容並充份瞭解辦理後之相關保單權益影響或損失且係基於獨立自主判斷提出申請，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。
- ◎ 為維護 您的權益：請勿於空白申請書上簽章；並提醒 您保單辦理降低保險金額、險種轉換、取消附約或為投保新保單而就原保單辦理前述變更項目，可能對 您的權益有所影響，請再次確認本次辦理之項目是否符合 您的需求。
- ◎ 如您已確定變更項目及其它變更欄之內容無誤，經元大人壽同意批註生效後，本申請書將構成保險契約之一部份，請簽名於下：

要保人簽名：【應由本人依保單最後登載之簽名方式親自簽名，未滿7足歲或受監護宣告者，由法定代理人/監護人代為簽名，公司團體請蓋原留印鑑章】	主被保險人/眷屬附約被保險人簽名：【應由本人依保單最後登載之簽名方式親自簽名，未滿7足歲或受監護宣告者，由法定代理人/監護人代為簽名】	法定代理人/監護人/輔助人簽名：【要保人或被保險人未成年或受監護宣告/輔助宣告者，應由法定代理人/監護人/輔助人親自簽名同意】
聯絡電話： 適合電訪時間： 申請日期： 年 月 日	被保險人聯絡電話：	身分證字號/統一證號： 出生日期： 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____

未滿7足歲或受監護宣告者，由法定代理人/監護人代為簽名；7足歲(含)以上或受輔助宣告者，由本人親自簽名。未成年或受監護宣告/輔助宣告者，其法定代理人/監護人/輔助人需一併簽名。不識字或無法簽名者得以按捺拇指(需註明左右手)指印代替簽名，且需有兩名見證人於該指印旁簽名及註明其身分證字號及關係，惟服務人員不得充任見證人。

單位/分支(行)代號	※本人已核對原/新要保人、被保險人、原/新受益人及法定代理人身分證文件，並親見其親自簽名確實無誤。	保經、代公司簽章	保經代受理章	元大人壽受理章
	服務人員簽名： 登錄字號/執業證號： 聯絡電話：			

填寫處如有塗改請要保人於塗改處簽名

注 意 事 項

- 一、申請書係保險契約的構成部份，各項資料之填寫及告知均應慎重，字跡請填寫工整、清晰、正確，並不得塗改(如有塗改請於塗改處簽名)；為維護您的權益，請勿於空白的申請書上簽章。
- 二、如有住所地址變更為台灣本島以外地區，請同時變更續期保險費繳付方式為銀行轉帳或是信用卡繳付。(請另填寫保險費付款授權書或信用卡付款授權書)。
- 三、辦理要保人變更時，於要保人簽名處須由新、舊要保人同時簽名；並請一併辦理保單通訊資料變更。
- 四、辦理復效之相關注意事項如下：
 1. 請於停效日起兩年內提出申請。
 2. 停效日起六個月以上申請復效，請同時檢附可保性證明辦理。
 3. 如需異動停效保單之保單內容，將於復效後辦理異動變更。
 4. 經墊繳停效保單如選擇部份繳交復效保費，則墊繳保費仍未全部清償，復效完成後仍無法正常繳費，後續如要正常繳費，須先辦理復繳手續清償全部自動墊繳本息。
 5. 復效生效日：
 - 5.1 保單停效日起6個月內申請復效，復效生效日：助理受理日。
 - 5.2 保單停效日起6個月以上申請復效，復效生效日：核保通過日。
- 五、主契約增加保額申請，依各險種保單條款規定辦理。
- 六、附約異動如為提高保障/單位，請同時檢附健康聲明書，投保連結「全民健康保險重大傷病範圍」給付商品者需同時檢附「重要事項告知書」，眷屬附約被保險人請一併於本申請書上簽名。
- 七、人壽保險之死亡給付及年金保險之確定年金給付於被保險人死亡後給付於指定受益人者，依保險法第一百十二條規定不得作為被保險人之遺產，惟如涉有規避遺產稅等稅捐情事者，稽徵機關仍得依據有關稅法規定或納稅者權利保護法第七條所定實質課稅原則辦理。相關實務案例說明請至元大人壽網站查詢。
- 八、相關保險規劃應遵循中華民國最新財稅法令，納稅義務人負誠實申報及正確計算納稅額之義務，如有稅務相關疑問，應諮詢稽徵機關、會計師等稅務專業人士。
- 九、保險契約屬於強制執行法規定之可執行之財產標的，債權人仍得對保險契約向法院聲請強制執行。

元大人壽客戶服務專線:0800-088-008 電話:02-2751-7578

地址:105 台北市松山區民生東路三段 156 號 17 樓(宏泰大樓)

元大人壽網址: <http://www.yuantalife.com.tw>

元大人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項

元大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(001)
- (二) 金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(059)
- (三) 遵循美國海外帳戶稅收遵循法(Foreign Account Tax Compliance Act)
- (四) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)

二、蒐集之個人資料類別：

- (一) 姓名
- (二) 身分證統一編號
- (三) 國籍
- (四) 性別
- (五) 出生年月日
- (六) 地址等聯絡方式
- (七) 病歷、醫療、健康檢查、健康狀況
- (八) 財務狀況
- (九) 聲音、影像檔案
- (十) 稅務識別碼(一般即為美國社會安全碼 SSN)
- (十一) 股東個人與法人客戶間的投資關係
- (十二) 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：本保險契約之有效期間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、依國內外法令規定處理利用之機構(例如：本公司所屬金融控股公司及關係金融機構等)、依國內外法令之有權機關、金融監理機關或稅務機關(含美國聯邦政府財政部及美國國稅局(Internal Revenue Service)、其他 台端所同意之對象。
- (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：以書面或其他日後可供證明之方式(如：書面、電子郵件、傳真、或電子文件等)。

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；另本公司必須依美國海外帳戶稅收遵循法之規定將 台端保單列為「不合作帳戶」(Recalcitrant Account)，如經合理期間內仍未獲 台端同意或 台端提供資料仍有不足，本公司得於符合法令規定之範圍內，採取其合理認為有必要之任何行動，以確保遵循美國海外帳戶稅收遵循法之規定。



Z99999

版本：111 年 10 月版