合庫金控
合作金庫人壽
BNP Paribas Cardif TCB Life

PS13901

受理日期：　年　月　日
受理編號：

保險契約內容變更申請書

保單號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿要保人：＿＿＿＿＿＿＿＿被保險人：＿＿＿＿＿＿

【本申請書限填一份保單號碼，倘僅為基本資料變更(通訊/戶籍地址、電話、E-mail等)，可填寫本公司其他有效保單號碼。】

茲向合作金庫人壽申請變更上述保單號碼之保險契約內容，本人同意本申請書需經　貴公司同意後以批註方式或重製保單始生效力。

1.要保人變更 a.姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿b.生日：＿＿＿＿＿＿＿＿c.身分證字號：＿＿＿＿＿＿＿＿

與被保險人關係：＿＿＿＿＿＿

(1)變更原因＿＿＿＿＿＿＿＿，公司名稱＿＿＿＿＿＿＿＿ 職稱＿＿＿＿＿＿＿＿ 工作內容＿＿＿＿＿＿＿＿

兼職：□否 □是，工作內容＿＿＿＿＿＿＿＿

(2)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)＿＿＿＿＿＿＿＿

(3)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＿＿＿＿＿＿＿＿

【註】變更要保人者：1.請新/舊要保人於要保人親簽欄位簽章。2.請檢附新要保人身分證明文件、FATCA身分確認聲明書、結匯授權書(投資型保單)、風險屬性評估結果(投資型保單)。 3.請同時變更要保人連絡地址及電話。4.投資型保單請重新指定投資標的收益分配(配息)給付帳號。

2.要保人基本資料變更：(要/被保險人為同一人者，辦理此項變更將一併更新被保險人資料)

a.要保人姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿**(本項異動將一併變更本公司所有保單資料)**

b.保單通訊地址：＿＿＿＿＿＿＿＿

c.戶籍地址：＿＿＿＿＿＿＿＿

d.電話：(公司)＿＿＿＿＿＿＿＿(住家)＿＿＿＿＿＿＿＿(手機)＿＿＿＿＿＿＿＿

e. E-mail：＿＿＿＿＿＿＿＿

(倘本契約之要保人已申請歸戶電子單據，上述e-mail變更將一併變更歸戶電子單據的郵件信箱)

f.變更職業：公司名稱＿＿＿＿＿＿＿＿ 職稱＿＿＿＿＿＿＿＿ 工作內容＿＿＿＿＿＿＿＿

兼職：□否 □是，工作內容＿＿＿＿＿＿＿＿

3.被保險人基本資料變更：(要/被保險人為同一人者，辦理此項變更將一併更新要保人資料)

a.被保險人姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿**(本項異動將一併變更本公司所有保單資料)**

b.通訊地址：＿＿＿＿＿＿＿＿

c.戶籍地址：＿＿＿＿＿＿＿＿

d.電話：(公司)＿＿＿＿＿＿＿＿(住家)＿＿＿＿＿＿＿＿(手機)＿＿＿＿＿＿＿＿

e. E-mail：＿＿＿＿＿＿＿＿

f.變更職業：公司名稱＿＿＿＿＿＿＿＿ 職稱＿＿＿＿＿＿＿＿ 工作內容＿＿＿＿＿＿＿＿

兼職：□否 □是，工作內容＿＿＿＿＿＿＿＿

4.受益人變更：**(受益人變更請於被保險人簽名處填寫被保險人行動電話以利電訪；受益人非被保險人之配偶、直系血親或法定繼承人者，請說明原因；**受益人填寫欄位不足時請填寫於其他變更欄位)

□a.身故受益人**(保險金具分期定期給付約定之商品，辦理此項變更請同時填寫項目15.保險金分期定期給付)**

□b.生存受益人　□c.祝壽金/滿期金受益人

姓名＿＿＿＿＿＿＿＿

身分證字號＿＿＿＿＿＿＿＿

出生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿與被保險人關係＿＿＿＿＿＿＿＿

兩人以上時給付方式：□均分 □按填寫順位 □比例，請註明比例＿＿＿＿＿＿＿＿

聯絡地址/電話：□同要保人 □另指定如下(請詳述) □不同意提供

＿＿＿＿＿＿＿＿

(如不同意提供或未提供受益人聯絡方式(含法定繼承人未另行指定聯絡方式者)，以要保人最後留存之聯絡方式為受益人通知依據)

5.變更保費繳法為□a.年繳□b.半年繳□c.季繳□d.月繳

6.附約變更/取消：_____

變更原因：□經濟因素□保障內容不符需求□已有同類型商品□利率/費率因素□其他_____

7.保險契約指定聯絡人變更：**(保險契約經約定「指定聯絡人」後，嗣後倘有申請辦理保險契約終止、部分提領保單帳戶價值或保單借款等契約變更事項時，本公司將以發送手機簡訊之方式，將所申請辦理之契約變更事項通知予下列指定聯絡人)**

指定聯絡人姓名：_____身分證字號：_____手機號碼：_____

與要保人關係：_____(限要保人直系親屬或保單關係人)

8.保險金給付方式變更：

(1)□a.生存保險金 □b.無理賠給付保險金 □c.祝壽／滿期保險金

(2)生存保險金給付類型：□年給付型□月給付型**(本項變更依保單條款約定辦理，指定之生存保險金受益人達二人以上時，給付類型限採「年給付型」，不得變更)**

(3)匯款給付 中/英文戶名_____，_____銀行 _____分行 帳號_____

9.增值回饋分享金給付方式變更：

第7保單年度或第8保單年度起**(適用商品依保單條款規範辦理，繳費期滿商品不得選擇抵繳應繳保險費)**

□a.購買增額繳清保險金額 □b.儲存生息 □c.現金給付(請填寫下列匯款帳號) □d.抵繳應繳保險費

中文戶名_____英文戶名_____(外幣跨行帳戶請填寫)

_____銀行 _____分行 帳號_____

10.變更年金給付內容：

□a.年金給付開始日：第_____年之保單週年日

□b.年金保證期間：□10年 □15年 □20年

□c.年金累積期間屆滿給付方式：□一次給付□年金化給付(□年給付 □半年給付 □季給付 □月給付)

戶名_____，_____銀行 _____分行 帳號_____

11.□補發保單**(投資型商品工本費NT$200、非投資型商品工本費NT$100，請滙至合庫銀行東台北分行帳號：0796871000688，帳戶名稱：合作金庫人壽保險股份有限公司)**(請檢附滙款憑證)

12.□減額繳清保險，附加於本保單之附約處理方式：□一併終止 □全部續保繳費(請擇一勾選，無附加附約者免勾選)

13.□展期定期保險

14.□復效(停效6個月以上者，請檢附「健康告知暨聲明書」)

15.保險金分期定期給付：**(本項限「身故保險金」或「完全失能保險金」可採分期定期給付之商品適用)**

□不約定 □約定，請填寫下表：

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**(最晚不得超過第 15 日)，未填寫則以第 1 日辦理。

保險金種類	受益人姓名 **(須與本契約所指定之受益人相同)**	分期定期給付	
		受領保險金之分期定期給付比例	期間
身故保險金(不含「喪葬費用保險金」)		%	□5 年 □10 年 □15 年 □20 年 □25 年 □____年
		%	□5 年 □10 年 □15 年 □20 年 □25 年 □____年
		%	□5 年 □10 年 □15 年 □20 年 □25 年 □____年
完全失能保險金	被保險人本人	%	□5 年 □10 年 □15 年 □20 年 □25 年 □____年

16.其他變更：_____

聲明事項：

1. 本申請書所有簽名部分確由當事人本人親自簽章屬實無誤，如有虛偽不實，簽名人願負法律上應負之責任。
2. 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本申請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、壽險工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。

本人(受告知人)確認已收到、詳閱且瞭解合庫人壽履行個人資料保護法告知義務通知書(如申請書第三頁所示)，並同意 貴公司依本人申請事項辦理。

合庫金控
合作金庫人壽
BNP Paribas Cardif TCB Life

＊PS13903＊

◎提醒您：辦理要保人變更即屬財產權益的無償移轉，按照遺產及贈與稅法規定，將涉及遺產稅或贈與稅之課徵，提醒您應向各地國稅局確認稅務申報細節。

原要保人/新要保人親簽：＿＿＿＿＿＿／＿＿＿＿＿＿

（**簽名樣式需與要保書一致**，要保人滿七足歲需親自簽名）

（變更姓名樣式者，請同時簽署舊/新簽名樣式）

被保險人親簽：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（**簽名樣式需與要保書一致**，被保險人滿七足歲需親自簽名）

（若要保人及被保險人為同一人時，可免簽）

法定代理人/監護人/輔助人親簽：＿＿＿＿＿＿

法定代理人/監護人/輔助人國籍：＿＿＿＿＿＿

法定代理人/監護人/輔助人身分證號碼：＿＿＿＿＿＿

法定代理人/監護人/輔助人出生日期：＿＿＿＿＿＿

法定代理人/監護人/輔助人行動電話：＿＿＿＿＿＿

（要/被保險人未成年、受監護或輔助宣告者應由法定代理人/監護人/輔助人親自簽名同意）

要保人行動電話：＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿　填表日期：民國　　年　　月　　日

本人同意上欄電話變更為該保單號碼之行動電話，並作為確認日後保全申請之簡訊通知使用。

營業單位填寫欄	保代/保經簽章	合作金庫人壽批核欄（本申請書未經承辦單位核准簽章者不生效力）	
送件單位：　　銀行　　分行 分行連線代號： 服務人員簽名： 登錄字號： 連絡電話： 主管覆核：		本公司同意本保單契約內容做如上之變更，且變更後之保單內容自民國＿＿年＿＿月＿＿日起生效。 下期保費自民國＿＿年＿＿月＿＿日起調整為＿＿繳，每期＿＿＿＿元整。 □已核對簽名無誤。　　承辦人員:	

◎業務員倘同意接受要保人委任代為處理上述變更事宜，應確認要保人/被保險人/法定代理人身分並親視簽名無誤。　TPOSM001 號 004Y　115.10

◎郵寄辦理之案件，請將申請書正本、身分證正反面影本郵寄回本公司。

合作金庫人壽履行個人資料保護法告知義務通知書

合作金庫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)行銷(040)。
(三)保戶、客戶管理與服務。
(四)調查、統計與研究分析(157)。
(五)金融服務業依法令規定及金融監理需要(包括但不限於執行洗錢防制作業及配合全球打擊恐怖份子調查等目的)，所為之蒐集處理及利用。
(六)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：

姓名、出生年月日、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等，詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源(經本公司間接取得之個人資料者適用)：

(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：本公司及母公司(合作金庫金融控股股份有限公司、法商法國巴黎保險控股公司)、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、臺灣票據交換所、財金資訊股份有限公司、業務委外機構、與本公司有再保、合作推廣等業務往來之公司、海外急難救助公司及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：書面、電子郵件、傳真、電子文件。

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。