元大人壽 Yuanta Life

保險單契約內容變更申請書－複式

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】

一、□復效(停效六個月以上請檢附可保性證明，詳注意事項第二項)（補費請填寫第六項）

一.1□繳納全部復效保費 2.□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。)

一.2**□復效同時變更保單通訊資料:**(請詳注意事項第五項) **□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)_____

一.3 **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，請填寫保險單契約內容變更申請書-簡式)

姓名：	姓名：	姓名：
住所地址變更:	住所地址變更:	住所地址變更:
□同上述.一.2 保單住所地址(文件送達地址)	□同上述.一.2 保單住所地址(文件送達地址)	□同上述.一.2 保單住所地址(文件送達地址)
電子郵件信箱：	電子郵件信箱：	電子郵件信箱：
聯絡電話:(公司)　(住宅)	聯絡電話:(公司)　(住宅)	聯絡電話:(公司)　(住宅)
(手機號碼)	(手機號碼)	(手機號碼)

二、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（請詳注意事項第三項）

外幣保單：保險金額縮小為 _____ 元，保險金額提高為 _____ 元

三、契約轉換/繳費年期變更（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）

1.轉換後險種名稱（請填寫中文險種名稱）：_____

2.繳費年期變更為：_____年

四、被保險本人及眷屬附約被保險人基本資料：(新加保者請務必填寫) ＊郵寄辦理附加眷屬附約請檢附眷屬身分證明文件

姓　名	身分證字號/統一證號	出生日期（民國）	與主被保險人關係	實際工作內容(含兼職)	本次新加保或提高保障請說明資金來源
					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) 保費支付者： □要保人 □被保險人 □受益人 □其它(繳費方式為匯款且勾選①受益人或②其它者，請提供個人資料蒐集、處理、利用告知事項聲明書)

附約變更後內容(詳注意事項第四項)

險種名稱	本人	配偶	子女
重大疾病暨特定傷病健康保險附約(DD)	□新加保 □異動為 □取消 ____萬	□新加保 □異動為 □取消 ____萬	□新加保 □異動為 □取消 ____萬
重大疾病健康保險附約乙型(DP)	□新加保 □異動為 □取消 ____萬	□新加保 □異動為 □取消 ____萬	□新加保 □異動為 □取消 ____萬
超安心重大傷病定期健康保險附約(RQ)	□新加保 □異動為 □取消 ____萬		
人身傷害保險附約(PR)	□新加保 □異動為 □取消 第____類____萬	□新加保 □異動為 □取消 第____類____萬	□新加保 □異動為 □取消 第____類____萬
意外傷害住院日額保險附約(MI)	□新加保 □異動為 □取消 日額____元	□新加保 □異動為 □取消 日額____元	□新加保 □異動為 □取消 日額____元
	□新加保 □異動為 □取消	□新加保 □異動為 □取消	□新加保 □異動為 □取消
	□新加保 □異動為 □取消	□新加保 □異動為 □取消	□新加保 □異動為 □取消
	□新加保 □異動為 □取消	□新加保 □異動為 □取消	□新加保 □異動為 □取消

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:**_____

五、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)

六、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)

七、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：

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 保險附約取消後再投保新保單時，須承擔下列風險：
   (1)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。
   (2)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。
   (3)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。
   (4)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他變更欄之內容無誤，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】 聯絡電話： 適合電訪時間： 申請日期：　年　月　日	**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】 被保險人聯絡電話：	**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】 身分證字號/統一證號： 出　生　日　期： 國　籍：☐中華民國☐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	**※本人已核對要、被保險人、受益人及法定代理人身分證明文件，並親見其親自簽名確實無誤。**	保經、代公司簽章	保經代/業務單位受理章	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：			

注　意　事　項

一、 本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、 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。

三、 主契約增加保額申請，依各險種保單條款規定辦理。

四、 附約變更後內容如為提高保障/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。

五、 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)

元大人壽 Yuanta Life

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