



保險單契約內容變更申請書(適用傳統型及投資型)

【填寫前請先閱讀注意事項】

- 各項變更文件，以送達安聯人壽保險股份有限公司台北總公司為受理開始，當日文件需於每日下午3:00前送達則視當日為收到申請文件申請之日，逾時則視為次一工作日為收到文件申請之日。
- 為維護貴保戶之權益，請勿於空白之契約內容變更申請書上簽章；同一份契約變更文件所填寫之各項變更申請，均應視為「同一次」申請。故若有部分變更項目不符作業規則而無法辦理時，該份契約變更文件將整份退件無法受理，該次申請不生變更之效力。
- 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，不得先行收取各項費用。
- 有關契約內容變更作業細則請參照保全業務手冊；對於申請事項，本公司於審查必要時將抽樣以電話或簡訊與申請人聯繫確認申請內容。

保單號碼	(原)要保人	被保險人
------	--------	------

1.基本資料變更【只填寫變更後內容，不變更之項目毋須填寫】

要保人變更 (□變更為另一人)	姓名	與主被保險人關係
	生日	身分證字號
	職業 服務單位：	詳細工作內容(含兼職)

※辦理要保人變更為另一人(換人)者：

- 新要保人須無條件承受變更前本保單之權利義務。並請一併辦理變更聯絡地址、戶籍地址、電話、電子郵件信箱、職業、投資標的之收益分配或資產撥回、變額年金給付帳號、增值回饋金給付帳號等相關資料。
- 新台幣計價投資型商品需同時填寫「要保人委託壽險業者辦理結匯授權書」。
- 投資型商品需檢附「保戶資料暨投資風險屬性評估表」，重新評估變更後要保人之投資風險屬性。
- 需檢附「保戶 FATCA 身分辨識聲明暨同意書」。

被保險人資料變更	姓名	變更原因
	生日	身分證字號
	職業 服務單位：	詳細工作內容(含兼職)

要保人聯絡地址：_____

聯絡電話一：()

聯絡電話二：()

要保人戶籍地址：_____

行動電話：

電子郵件信箱：

補發保險單(原保險單即聲明作廢)
【須同時檢附製單工本費 NTD\$150 元之繳款憑證】

投資型保險保單價值總額(保單帳戶價值) / 年金金額調整係數通知方式：

信函

外幣非投資型保險保單各項給付項目之參考價值及增值回饋金通知方式：

電子郵件(請同時填寫電子郵件信箱)

安聯人壽 要保人委託壽險業者辦理結匯授權書

立授權書人(要保人,即本人)_____茲依中央銀行外匯局台央外伍字第〇九一〇〇三四二四〇號函規定,授權安聯人壽保險股份有限公司依本人所簽訂之保險合約約定代理本人以下列方式辦理各項結匯相關事宜:
一、透過金融機構辦理「指定用途信託資金投資國外有價證券」業務方式,向央行申請核准,辦理結匯。
二、以本人每年結匯額度辦理結匯。
安聯人壽保險股份有限公司代理要保人辦理幣別間轉換,均依該保險合約約定之匯率給予要保人。本人瞭解並同意承受市場匯率變動所帶來之投資風險。在收到本人之書面通知終止本授權書前,本授權書永久有效。
此致 安聯人壽保險股份有限公司

立授權書人(要保人)簽名：_____身分證統一編號/外僑居留證編號：_____出生年月日：_____

法定代理人簽名：_____中華民國_____年_____月_____日

※要保人適用資格：要保人需年滿20足歲(依中央銀行及管理外匯條例規定)

※惟如要保人未年滿20足歲但每次結匯之金額低於新台幣50萬元時,則不受年滿20足歲之限制(依銀行業輔導客戶申報外匯收支或交易應注意事項規定)

2.其他變更事項

<input type="checkbox"/> 復效【停效超過六個月者須同時檢附健康聲明書】。 傳統型商品請勾選【保險單借款及墊繳保險費】本息清償方式。(若未勾選者,視同以☑2.部分清償至可借金額上限辦理。) <input type="checkbox"/> 1.全部清償。 <input type="checkbox"/> 2.部分清償至保險單借款可借金額上限。	<input type="checkbox"/> 減額繳清保險 【減額繳清後,豁免保險費附約將一併終止,請勾選其餘附約處理方式。(若未勾選者,視同以☑1.保留全部附約,繳別約定為「年繳」。)】 <input type="checkbox"/> 1.保留全部附約,繳別約定為「年繳」。 <input type="checkbox"/> 2.終止全部附約。
<input type="checkbox"/> 復繳【須同時檢附復繳之繳款憑證(先行繳費)】。 保險費自動墊繳意願： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 展期定期保險,附約須同時終止。 紅利給付方式： <input type="checkbox"/> 現金給付 <input type="checkbox"/> 抵繳保費 <input type="checkbox"/> 購買增額繳清 <input type="checkbox"/> 儲存生息

3.利率變動型商品變更事項

增值回饋金給付方式： <input type="checkbox"/> 現金給付【須同時檢附匯款帳戶】 <input type="checkbox"/> 購買增額繳清保險金額				
增值回饋金給付帳戶 【限給付要保人】	要保人英文名稱	銀行	分行	帳號
<input type="checkbox"/> 申請增值回饋金現金給付開始年度批註		<input type="checkbox"/> 申請增值回饋金現金給付週期批註		<input type="checkbox"/> 申請生存保險金月給付批註 <input type="checkbox"/> 結清累計增加保險金額

請續填下頁事項



PE06007011

PE06007011

4.主契約型別/保額及續期保險費繳費內容/年金給付內容變更

變更後險種內容	傳統型商品保單					投資型商品保單				
	險種代號	年期	年	保額	元	主契約型別	保額	保額	元	
繳別	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳	暫停繳費/保費緩繳			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	變更保險金扣除額為_____元				
VX/年金系列 兩全齊美/至善至美/ 金采可期/厚利讚/厚利發/厚利星旺	主契約 每期繳費金額			元	其他商品		目標保險費	元	超額保險費	元
新趨勢變額遞延年金身故保險金給付型態					<input type="checkbox"/> 保本型 <input type="checkbox"/> 保息型 <input type="checkbox"/> 保額型	保險金額_____元				

5.身故保險金或喪葬費用保險金受益人變更【增加或減少受益人，或變更相關受益人資料，皆視為重新指定受益人，請詳列所有受益人資料】
電訪被保險人聯絡電話：_____【辦理受益人變更時，本公司將抽樣電訪被保險人】

受益人姓名				
身分證字號				
與主被保險人關係				
分配方式(請詳一勾選)	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 第_____順位 <input type="checkbox"/> 比例_____%	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 第_____順位 <input type="checkbox"/> 比例_____%	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 第_____順位 <input type="checkbox"/> 比例_____%	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 第_____順位 <input type="checkbox"/> 比例_____%
受益人聯絡地址				
受益人聯絡電話	()	()	()	()

本人(要保人)不同意填寫身故保險金或喪葬費用保險金受益人之聯絡地址及電話。

※身故保險金或喪葬費用保險金受益人如指定法定繼承人或要保人不同意填寫該受益人之聯絡地址及電話，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為身故保險金或喪葬費用保險金受益人之通知依據。

6.退費說明欄【以本契約約定幣別作為給付各項金額之貨幣單位】

1.開立以要保人為抬頭之禁止背書轉讓支票給付(限新台幣計價保單使用)。
2.電匯要保人帳戶 _____ 銀行(銀行代碼:_____) _____ 分行 帳號: _____
 ※外幣保單請加填收款人(要保人)英文名稱: _____

7.其他變更及備註事項欄

補充告知(須同時檢附健康告知事項聲明書)，請說明：
取消「投資型保險投資標的轉換指定交易日批註條款」，標的代號 _____、_____、_____
取消密件 備註事項

8.壽險業履行個人資料保護法告知書 安聯人壽保險公司(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、第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

- 蒐集之目的：(一)00-人身保險。(二)一八一其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
- 蒐集之個人資料類別：(一)識別類(例如姓名、性別、出生年月日、本籍、住址、電話、身分證統一編號)。(二)特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。(三)病歷、醫療、健康檢查。(四)保險契約所需填載及保險契約變更申請所需填載之其他必要事項。
- 個人資料之來源：(一)要保人、被保險人。(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。
- 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、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、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。
- 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。
- 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、契約變更、遲延或無法辦理契約變更。※履行本告知義務，不限取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力，本公司採告知書內容與保險契約相關文件合併列印方式保全履行告知義務之證明。

9.簽名欄(簽名處不可塗改)※本契約內容變更申請書所變更者僅限於本申請書上所列示之保單，並不及其他保單，但姓名變更、身分證字號變更不在此限。

※本人已詳閱「壽險業履行個人資料保護法告知書」，並充分了解本商品所有內容及說明事項，同意接受本商品相關交易條件(如費用等)，並願承擔本商品之投資等風險。
 (變更要保人或變更姓名，須同時簽署變更前後之簽名)

要保人簽名：(原)_____ (新)_____ 被保險人(配偶)簽名：(原)_____

主被保險人簽名：(原)_____ (新)_____ 被保險人(配偶)簽名：(新)_____

法定代理人簽名：(原)_____ (新)_____ 被保險人(子女)簽名：(原)_____

(要、被保險人如未滿20足歲時，須法定代理人一併簽名。但已婚者，不在此限。)

申請日期：_____ 行動電話：_____ 被保險人(子女)簽名：(新)_____

10.服務人員專用欄

保險業務員/經紀人/代理人簽名： 業務員登錄字號/執業證號： 送件人員行動電話：	保代/保經簽署人：
--	-----------

【本申請書所有簽章部份應為當事人本人簽章，且簽名樣式應與原留存於本公司樣式相符，如有虛偽不符，簽章人應負法律上責任。】



PE06007012