



英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司
 契約內容變更申請書
 (樂齡簡式版)



網路服務申請或查詢變更進度,請掃 QR Code

保單號碼: _____ 填寫日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

本申請書經 貴公司同意簽章後構成原契約之一部分,其契約內容變更如下:

※提醒您,若本申請書欄位無您欲變更之事項,請使用標準版申請書或來電友邦人壽客服中心為您服務。

1. 要保人聯絡資料變更

住所: - _____
 (本契約一切往來文件及各項通知之送達約定以要保人住所為準,如有變更,要保人應即以書面通知本公司。)

電話:(住家) _____ (公司) _____ (行動) _____

E-mail _____ 數字零請寫 0; 英文的 I 請寫 i, l 請寫 L。

2. 被保險人聯絡資料變更

姓名 _____ (行動電話) _____ E-mail _____

住所同要保人 住所: - _____

3. 復效 (停效超過六個月者,需檢附「健康告知暨聲明書」,另依本公司審核需要,可能須自行提供體檢報告)

※被保險人於停效期間所發生之保險事故,本公司不負保險責任。

※「友邦人壽友我罩您實支實付醫療健康保險」的保險期間為一年,保險期間屆滿前可申請復效,逾期恕無法辦理。

※辦理此項變更請填寫以下資料,下方填寫資料如與原留存資料不同,將以下方資料進行變更,如須補充資料,將另行照會。

要保人姓名 _____ 身分證統一編號 _____ 行動電話 _____

任職機構名稱 _____ 職稱 _____ 住家電話 _____ 公司電話 _____

住所: - _____

(本契約一切往來文件及各項通知之送達約定以此住所為準)

被保險人姓名 _____ 被保險人行動電話 _____

住所同要保人 住所: - _____

E-mail _____ 數字零請寫 0; 英文的 I 請寫 i, l 請寫 L。

4. 繳費方式變更 自行繳納首期保費(已發單者無法變更) 自行繳納續期 / 續保保費

※變更為信用卡 / 自動轉帳,請以「保費付款授權書」辦理。

※「集體投保彙繳件」續期保費限金融機構轉帳才享有保費彙繳折扣,若更改為「非金融機構轉帳」將不適用其保費折扣。

5. 繳別變更 年繳 半年繳 季繳 月繳 (月繳之繳費方式限自動轉帳)

※自下一期應繳費日開始適用

6. 申請補發保險單 (請檢附工本費每份保單新臺幣 100 元)

原保險單視同作廢,任何人均不得再執原保險單主張任何權利

7. 增值回饋分享金/回饋分享金 給付方式變更:

保單年度「未滿六年」:購買增額繳清保險 抵繳應繳保險費

保單年度「屆滿六年」:現金給付(限匯款,請填寫【本次變更給付方式】) 儲存生息

購買增額繳清保險 抵繳應繳保險費

※若保單條款無「增值回饋分享金/回饋分享金」或該項給付方式時,雖勾選仍不生效力。

※選擇現金給付者,當次給付之金額低於 100 美元或新臺幣 2,000 元時,則改以「購買增額繳清保險」方式辦理。

※被保險人於保險年齡達十六歲前者,以「抵繳應繳保險費」方式辦理,若無法抵繳應繳保險費者,改採「儲存生息」方式辦理,相關約定請參閱保單條款。

※原選擇「購買增額繳清保險」變更為其他給付方式者,原增額繳清保險金額不結清,欲結清者請於「其他」欄位填寫【申請結清增值回饋分享金/回饋分享金增額繳清保險金額】並填寫給付之匯款資料。抵繳保費、儲存生息、現金給付,將會於增值回饋分享金/回饋分享金給付方式變更時,一次結清,變更時請填寫【本次變更給付方式】。



8. ◎受益人變更及受益人資料

保險金種類	保險金分配方式	順位	比例	姓名	身分證字號	出生年月日	國籍	與被保險人關係【註】	
<input type="checkbox"/> 身故保險金 受益人有 2 位以上時，請於「保險金分配方式」勾選均分、順位或比例（3 擇 1）；如未勾選者，將按指定受益人欄位數平均分配。	<input type="checkbox"/> 均分(視為同一順位，按指定受益人欄位數平均分配) <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 ※請詳閱下述指定受益人約定事項後填寫以下受益人欄位以確保自身權益						<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/>		
								<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 生存保險金 <input type="checkbox"/> 滿期保險金 <input type="checkbox"/> 祝壽保險金	匯款帳戶：			銀行(郵局)	分行 (局號)	帳號	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/>		

申請／變更／終止 身故或滿期保險金分期定期給付，請另填寫「保險金分期定期給付約定書」。

【註】指定之「身故保險金受益人」與被保險人關係如非配偶、直系血親或法定繼承人者，請說明指定原因：無配偶 無直系血親(如:父、母、子女) 無兄弟姊妹 補充說明：_____

- 保險給付項目及給付內容，依據各保險商品保單條款之約定，若依保單條款無該項保險金時，雖於受益人欄填寫受益人姓名仍不生效力。
- 倘受益人指定二位(含)以上，請詳實填寫「保險金分配方式」，其效果說明如下：
 - 選填「均分」者，請勿同時選填「順位」或「比例」。
 - 若選填「均分」者，視為同一順位，按指定受益人欄位數平均分配。若選填「比例」者，應填寫分配比例及順位序號，且各順位序號總和須等於 100%，如未填寫順位序號，則視為同一順位。
 - 若選填「順位」者，應填寫順位序號，依順位序號依序分配保險金，同一順位有兩位以上指定受益人且未填寫分配比例者，視為按指定受益人欄位數平均分配。次順位者於先順位者全部身故或喪失受益權時，始取得領取保險金之權利。
 - 未選填保險金分配方式者，視為同順位按指定受益人欄位數平均分配。
- 倘身故保險金受益人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；前條情形中，若指定受益人包含具名指定人及法定繼承人者，就給付法定繼承人之保險金部分，比照本條前段約定分配。
- 保險金若未填寫匯款帳戶，或帳戶資料填寫內容有誤或其他原因致無法匯款，將以載明禁止背書轉讓之支票方式給付。
- 身故保險金受益人如係身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。
- 指定之生存保險金受益人達二人以上時，相關之『生存保險金給付週期』將依契約條款約定辦理。
- 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。

9.主契約保險金額(基本保額)變更為 _____元／單位。

※如有退款請填寫下一頁【本次變更給付方式】欄位。

※變更『基本保額』後之相關「生存保險金給付週期」將依契約條款約定辦理。

10. 其他：

為防範詐騙案件，您可申請約定「指定聯絡人服務」，請洽詢友邦人壽客服中心 0800-012-666

《請於下一頁簽名》

【本次變更給付方式】(外幣保單僅限匯款):

匯款 _____ 銀行(郵局) _____ 分行(局號)帳號 _____ 戶名 _____
匯款限匯入要保人帳戶,上述帳戶確為要保人所有,嗣後若有資料錯誤而造成誤匯/退匯時,概由要保人自行負責。

※外幣保單(美元)除填寫上列帳戶資料,請另再填寫下列欄位:

受款銀行國別 本國 他國 通匯代碼(SWIFT CODE) _____ 受款人英文姓名: _____

支票

聲明事項:

- 1.本人(被保險人)同意貴公司得蒐集、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)同意貴公司將本契約內容變更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,於貴公司「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」所揭露之範圍內,有為蒐集、處理及利用之權利。

委任事項:本人因無法親至 貴公司辦理上述服務申請/終止事項,茲委任下述業務員代為辦理本次契約內容變更。

簽
名
欄

※簽名請同保單最後登載本公司之簽名樣式一致

※本次變更項目前有加註◎符號者,除要保人簽名外,被保險人須一併簽名。

要保人簽名: _____ 被保險人簽名: _____

要保人聯絡電話: _____

(未滿七足歲或受監護宣告尚未撤銷者,由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名;七足歲(含)以上但尚未成年者,由本人及法定代理人簽名。)

法定代理人簽名: _____ 法定代理人身分證字號: _____ 國籍: _____

法定代理人生日:民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 與要/被保險人關係: _____

業
務
員
欄

業務員注意事項:

- 1、倘同意委任人之委任行使上開委任事項,應親視要保人/被保險人/法定代理人親自簽名無誤,如有不實,須負相關法律責任。
- 2、請核對要保人、新要保人、被保險人及法定代理人之身分證明文件與契約變更申請書填載資料相符。

業務員簽名: _____ 登錄字號: _____

聯絡電話: _____ 保經、代公司簽章: _____

友
邦
人
壽
批
註
欄

英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司同意上述變更自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日次日零時起生效,如有加收保費,則延至完成繳費次日起生效。

自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起 _____ 繳保費為 新臺幣 美元 _____ 元整。

退還 _____ 保費 新臺幣 美元 _____ 元整至 _____ 。

減額繳清保險金額為 新臺幣 美元 _____ 元整。

(本申請書經友邦人壽批註簽章始生效力)

英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司臺灣分公司
蒐集、處理及利用個人資料告知事項

英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司（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（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（參照法務部頒佈之「個資法之特定目的及個人資料之類別」）：

(一) 人身保險業務(001)	(八) 契約、類似契約或其他法律關係事務(069)
(二) 外匯業務(022)	(九) 消費者、客戶管理與服務(090)
(三) 行銷(040)	(十) 鄉鎮市調解(124)
(四) 法院執行業務(055)	(十一) 網路購物及其他電子商務服務(148)
(五) 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)	(十二) 調查、統計與研究分析(157)
(六) 金融爭議處理業務(060)	(十三) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)
(七) 非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(063)	

二、蒐集之個人資料類別（參照法務部頒佈之「個資法之特定目的及個人資料之類別」）：

(一) 辨識個人者。例如：姓名、職稱、地址、電話、電子郵件帳號等(C001)	(十一) 職業(C038)
(二) 辨識財務者。例如：金融機構帳號、信用卡號、保單號碼等(C002)	(十二) 意外或其他事故及有關情形。例如：意外事件之主體、損害或傷害之性質、當事人及證人等(C040)
(三) 政府資料中之辨識者。例如：身分證字號或護照號碼或居留證號等(C003)	(十三) 收入、所得、資產與投資(C081)
(四) 個人描述。例如：年齡、性別、出生年月日、國籍等(C011)	(十四) 負債與支出(C082)
(五) 身體描述。例如：身高、體重、血型等(C012)	(十五) 貸款(C084)
(六) 習慣。例如：抽煙、喝酒等(C013)	(十六) 保險細節(C088)
(七) 家庭情形。例如：結婚有無、配偶姓名、子女人數等(C021)	(十七) 社會保險給付、就養給付及其他退休給付(C089)
(八) 家庭其他成員之細節。例如：子女、受扶養人、父母等(C023)	(十八) 健康紀錄。例如：醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙種類、等級等(C111)
(九) 財產。例如：所有或具其他權利之動產或不動產等(C032)	(十九) 學校紀錄。例如：大學、專科或其他學校等。
(十) 生活格調。例如：個人或家庭的消費模式等(C036)	

三、個人資料之來源（個人資料非由受告知人提供之間接蒐集情形適用）：

- (一) 要保人
- (二) 受告知人之法定代理人、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、本公司所屬最終控股公司（友邦保險控股有限公司）及其附屬公司或分支機構、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、與本公司合作推廣 台端保險契約之保險代理人/保險經紀人(含兼營保險代理人/保險經紀人業務之銀行)、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、犯罪防制機構。
- (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：致電本公司客服專線：0800-012-666 或寄發電子郵件至 tw.customer@aia.com。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由受告知人提供之直接蒐集情形適用）：

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。



N20203 (公版-11110 版)

填寫須知

1. 請以深色筆正楷填寫，使用鉛筆或擦擦筆概不受理；如有塗改，請要保人於塗改處簽名確認。（前有◎符號項目者，請被保險人於塗改處簽名）。
2. 為確保您的權益，請先詳閱「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」及「填寫須知」，請勿於空白契約內容變更申請書上簽章。
3. 申請變更契約內容時，請要保人與被保險人於指定欄位親自簽名，未成年者請法定代理人於指定欄位簽名；如以指印、十字或其他符號代替簽名者，需經二位見證人簽名見證副署於旁邊（見證人不得為本契約之要保人、其他被保險人、本次變更的保單關係人如受益人、新要保人或服務業務員，且至少有一位須是要保人或被保險人的親屬），另見證人須註明身分證字號、與簽名人之關係。本公司於審核契約內容變更申請書時，如要保人、被保險人簽名與要保書不相符者，將無法完成變更。
4. **受益人變更**
變更滿期金受益人為非本人、配偶、直系血親或法定繼承人時，應檢附受益人之身分證正反面影印本。
5. **繳費方式變更 / 繳別變更**
 - （1）投資型商品於保費緩繳期間不得辦理繳費方式、繳別變更變更。
 - （2）投資型商品如有定期增額保險費，則繳費方式不可變更為信用卡。
6. 申請停效超過六個月之**復效申請**，請附上健康告知暨聲明書：（如有必要，本公司得要求檢附財務報告書。）
變更生效後如有下列情形之一者，則該變更自始無效，本公司仍依原保險契約之約定辦理：
 - （1）要保人、被保險人於申請變更時，對於本公司書面詢問的告知事項如有故意隱匿、或因過失遺漏或為不實之說明，足以變更或減少本公司對於危險之估計，經本公司依保險法第六十四條之規定解除契約者。
 - （2）變更生效日起二年內被保險人自成殘廢或自殺者。
 - （3）被保險人因犯罪處死或拒捕或越獄致死或殘廢者。
7. **主約保險金額(基本保額)變更**:主約保額降低請於應繳費日前提出申請。
8. 若發現疑似資恐交易時，本公司得拒絕本次交易。