



保單號碼	要保人	被保險人
------	-----	------

本申請書經 貴公司同意簽章後構成原契約之一部分，其契約內容如下：

1	住所(聯絡地址) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 要保人戶籍地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 同聯絡地址 電話變更 住家電話 _____ 公司電話 _____ 行動電話 _____ E-mail _____ <input type="checkbox"/> 申請電子表單服務 <input type="checkbox"/> 紙本寄送 <input type="checkbox"/> 本人(即要保人)同意在本分公司投保之所有保單，上述資料一併同時更新。 (原康健人壽及電話行銷保單不適用)										
2	繳別變更 <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳										
3	基本資料變更 【僅填寫欲變更內容】 【請檢附身分證證明文件】 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <table border="1"> <tr> <th>姓名</th> <th>身分證號碼</th> <th>性別</th> <th>出生日期</th> <th>國籍</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>本國 <input type="checkbox"/>其他 _____</td> </tr> </table>	姓名	身分證號碼	性別	出生日期	國籍					<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他 _____
姓名	身分證號碼	性別	出生日期	國籍							
				<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
4	年金給付 <input type="checkbox"/> 年金給付開始日變更為第 _____ 保單週年日 <input type="checkbox"/> 年金給付方式變更為 _____ 給付										
5	簽章方式變更 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人(本人同意以本人之生命或身體為保險標的向 貴公司投保本契約並確認要保書告知事項均為屬實)										
6	主契約基本保額異動 <input type="checkbox"/> 主契約基本保額降低為 _____ 萬元 <input type="checkbox"/> 主契約基本保額提高為 _____ 萬元										
7	保單補發 <input type="checkbox"/> 紙本補發(適用所有保單) (請檢附工本費新台幣 100 元整) <input type="checkbox"/> 簡化保單補發(適用投保日期自 109 年 7 月 1 日起的保單於要保書勾選同意以電子方式提供保單條款) (請檢附工本費新台幣 50 元整) ※原保單因遺失或毀損特申請補發，倘日後發現原保險單，應予作廢，併此聲明。										
8	<input type="checkbox"/> 減額繳清保險										
9	<input type="checkbox"/> 展期定期保險										
10	<input type="checkbox"/> 復效 附約處理方式 <input type="checkbox"/> 所有附約效力即行終止 <input type="checkbox"/> 依條款保留可繼續繳費之附約如下，其餘附約一併終止，保留之附約名稱： _____ 茲聲明本保險單在停效期間確未發生任何事故，並同意依保險單條款有關契約效力的恢復申請復效。 ※停止效力之日起 6 個月以上申請者，另須填寫「健康告知書」，並按醫務規則體檢，體檢費用須自行負擔，復效申請文件須以限時掛號郵寄本公司。 ※保險年齡 15 足歲以下之被保險人辦理復效時，除填寫「契約內容變更申請書」、「健康告知書」外，需填寫『投保聲明書(未滿 15 足歲投保及復效適用)』。										
11	<input type="checkbox"/> 補充健康告知 應檢具健康聲明書、體檢報告、病歷摘要、診斷證明書...等相關文件申辦。 ※被保險人目前是否受有監護宣告? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，如勾選是者，請提供相關證明文件。										
12	投資標的收益分配或提減(撥回)投資資產指定帳戶 <input type="checkbox"/> 變更投資標的收益分配或提減(撥回)投資資產指定帳戶(限要保人帳戶) 銀行： _____ 分行： _____ 帳號： _____ <input type="checkbox"/> 投資標的收益分配或提減(撥回)投資資產指定方式變更為與標的同幣別之貨幣帳戶。										

其他及補充說明：

本人(要保人/被保險人)已詳閱本申請書內容及【注意事項】，並已獲得必要之資訊，充分瞭解異動申請對於本人各項權益與保障之影響。一切申請悉依 貴公司作業規定辦理，且同意本「契約內容變更申請書」經 貴公司受理登錄完成時，即不得提出任何異議；並聲明本申請書上之簽名確係本人親簽無誤且上述變更內容已經本人確認無誤，若發生任何糾紛，本人願負法律上一切責任，與 貴公司無涉。

要保人簽名： _____ 身分證字號： _____ 被保險人簽名： _____ 身分證字號： _____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名： _____ ※七足歲(含)以上未成年者，須本人及其法定代理人簽名。 ※未成年人、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者，請法定代理人/監護人/輔助人簽名。 法定代理人身分證字號/國籍/生日： _____ 聯絡電話： _____ 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	業務員簽名/聯絡電話： _____ 登錄證字號： _____ 代收區號/單位名稱/主管簽核： _____ 簽署人章： _____
---	---



安達人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項



安達國際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(〇〇一)
- (二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)
- (三)消費者、客戶管理與服務(〇九〇)

二、蒐集之個人資料類別:

- (一)識別類(例如姓名、性別、出生年月日、國籍、住址、電話、身分證統一編號、電子郵件、聲音、影像檔案)。
- (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、保險契約變更及本公司各類保險服務相關業務所需填載之其他必要事項。

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、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。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式:

- (一)期間:公司存續及依法令規定應為保存之期間。
- (二)對象:本公司及安達集團成員、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、與本公司合作之保險代理人/保險經紀人、與本公司合作辦理銀行保險業務之銀行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: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。

本公司依法令或為強化個人資料管理及保護,將可能隨時修訂本告知書。若本告知書發生任何重大調整,本公司將於官網公告。若您需要查詢、補充、更正或刪除您的個人資料,除可聯絡您的服務人員、至本公司客戶服務中心或透過免費客戶服務專線(0800-011-709)辦理外,亦可利用本公司網站所提供之相關服務辦理。

※注意事項：

1. 為維護您的權益，請勿於空白的保險契約內容變更申請書上簽名。
2. 本申請書填寫時如有塗改，請於塗改處簽名，如未簽名者，請重新填寫申請書辦理。
3. 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前，請勿繳納任何費用。
4. 請變更姓名、出生日期、身分證字號或國籍，需檢附身分證明文件，若變更後符合 FATCA 身分或 CRS 身分者請填寫『遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書』並檢附相關資料。
5. 申請變更簽名方式，請於簽名欄位中簽上新/舊簽章。
6. 要/被保險人申請變更時未成年，申請書須經法定代理人簽名同意。
7. 申請補充健康告知或提高基本保額，請填寫「健康告知書」，並按醫務規則體檢，體檢費用須自行負擔。
8. 辦理減額繳清保險或展期定期保險時，需指定附約處理方式。辦理展期定期保險若有繳清生存保險金，則視要保人為繳清生存保險金受益人。部分商品辦理減額繳清保險後之生存/滿期/解約金/身故或完全失能保險金，都將依照「減額繳清保險」後之保額計算，可能有小於「累積已繳總保險費」的情形，辦理時請審慎評估。
9. 要保人如 FATCA 身分或 CRS 身分有改變情形或變更聯絡方式為外國(含美國)住所/電話等，除填寫「契約內容變更申請書」外，需填寫遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書及提供相關文件，並連同身分證正反面影本送達本公司辦理。要保人為個人者請填寫遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書(個人件)；要保人為公司/法人者請填寫遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書(法人件)。
10. 投資標的收益分配或提減(撥回)投資資產分配之金額若低於分配當時本公司之規定，或因要保人未提供帳號、提供之帳號錯誤或帳戶已結清以致無法匯款時，該次收益分配將改為投入與該投資標的相同幣別之貨幣帳戶；若本契約未提供相同幣別之貨幣帳戶，則改為投入美元貨幣帳戶。
11. 申請電子表單服務約定以 E-mail 或簡訊方式提供相關電子單據或電子通知服務，請參閱下列本公司官網→保戶服務→契約變更事項說明→適用電子服務表單(網址：<https://life.chubb.com/tw-zh/>)，如日後本公司新增之電子表單項目亦同，除要保人申請終止本電子表單服務外，視為要保人已書面同意，不另行通知。申請電子表單服務者，上述表單將改以電子郵件方式寄送，不再送交紙本，並於本公司寄送時視為已送達。日後若依法令或主管機關規定上述表單須採書面通知方式，或因電子信箱錯誤導致無法發送時，則將改以書面寄送。提醒您，部份免費電子信箱可能有阻擋或延遲送達之情形，電子郵件信箱請指定您本人之個人使用信箱。申請要保人變更時，原有申請電子表單服務將自動終止，須請新要保人重新申請並提供電子郵件信箱。
12. 要保人姓名、居住地址、聯絡地址、註冊地址(法人)、電話、國籍與職業等基本資料如有異動與改變之情形者，應填寫契約內容變更申請書變更並檢附相關文件辦理。
13. 投資型變額萬能壽險申請基本保額/增加減少，同時應符合死亡給付與保單帳戶價值之最低比率關係方可申辦，被保險人年齡級距及適用比率如下：

(1) 109 年 6 月 30 日(含)之前投保之保單適用比率

被保險人 到達年齡	0~40 歲	41~70 歲	71 歲以上
比率	130%	115%	101%

(2) 109 年 7 月 1 日起新投保之保單、新增戊型商品且申請型別轉換到戊型適用比率如下：

被保險人 到達年齡	16~30 歲	31~40 歲	41~50 歲	51~60 歲	61~70 歲	71~90 歲	91 歲以上
比率	190%	160%	140%	120%	110%	102%	100%

14. 申請人倘因視障、不識字或其他因素致無法簽名，可按捺手指印代替簽名(須註明左手或右手第幾手指)，惟須經兩名具行為能力之見證人簽名，並於簽名處註明『見證人』字樣同時加註身分證字號及關係別。【註】二位見證人最多可指定一人為保單關係人(即要保人、被保險人或受益人)，另一人須為親戚、朋友或社福機構人員之非保單關係人，亦可二位見證人皆非保單關係人且至少有一人須為親戚、朋友或社福機構人員，惟二位見證人皆不可為本件招攬或送件業務員或經辦人員。
15. 本公司於必要時得修改以上之規定。

