

To: 先生/小姐 收 Fax: 請於收到申請書2日內填寫及簽名後傳真 Fax: 02-7726-1875 或 7726-1876 或郵寄至 100 台北市中華路一段39號6樓 安達人壽 保戶服務 收  
如有相關查詢,請洽客服專線:02-6623-3688 (如需確認傳真,請傳真後儘速來電查詢;如於晚上八點後傳真,請於次一工作日再來電確認)

**契約內容變更申請書**

保單號碼	TWE1234XXX	要保人	陳安達	被保險人	陳安達																														
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(原康健人壽及電話行銷保單不適用) 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【詳注意事項 15.】 <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。																																		
2	繳費方式變更 <input type="checkbox"/> 郵局劃撥/超商代收/ATM轉帳(自繳件) (選擇信用卡付款或金融機構轉帳者,請改填『保險費繳費授權書』)																																		
3	繳別變更 <input checked="" type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳																																		
4	墊繳選擇權變更 保險費自動墊繳 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (自動墊繳範圍包含本契約主約及附約,限傳統型保單申請。)																																		
5	要保人變更 【詳注意事項 5.】 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>新要保人姓名</th> <th>身分證號碼</th> <th>出生日期</th> <th>性別</th> <th>與被保險人關係</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> 國籍 <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____ 服務單位 _____ 營業性質 _____ 工作內容(含兼職) _____ ※變更後本人(即新要保人)願負本保單所有權利與義務,若有爭議,本人願負一切法律責任,與貴公司無涉。 1.變更要保人請填寫第1大項,若未同時填寫新要保人住所/聯絡、戶籍地址,視為同原要保人住所/聯絡、戶籍地址。 2.若有附加二至六級失能豁免保險費健康保險附約/豁免保險費附加條款,變更新要保人後該險依條款規定效力終止。 3.申請要保人變更時,原有申請電子表單服務將自動終止,須請新要保人填寫第1項重新申請並提供電子郵件信箱。					新要保人姓名	身分證號碼	出生日期	性別	與被保險人關係																									
新要保人姓名	身分證號碼	出生日期	性別	與被保險人關係																															
6	基本資料變更 【僅需填寫欲變更項目及內容】 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>變更項目</th> <th>姓名</th> <th>身分證號碼</th> <th>出生年月日</th> <th>性別</th> <th>國籍</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>					變更項目	姓名	身分證號碼	出生年月日	性別	國籍	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人					<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____																		
變更項目	姓名	身分證號碼	出生年月日	性別	國籍																														
<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人					<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____																														
7	受益人變更 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 生存/還本受益人 <input type="checkbox"/> 祝壽/滿期金受益人 【詳注意事項 6.】 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>姓名</th> <th>身分證字號</th> <th>與被保險人關係</th> <th>出生年月日</th> <th>國籍</th> <th>分配方式</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____</td> <td><input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____%</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____</td> <td><input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____%</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____</td> <td><input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____%</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____</td> <td><input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____%</td> </tr> </table> 受益人聯絡地址: _____ 電話: _____ 【身故受益人或喪葬費用保險金受益人】如係身分別之指定或要保人未填寫該受益人之聯絡地址及電話,則本公司以要保人最後所留之聯絡方式,做為日後之通知依據。※受益人如按比例分配或順位分配時,請註明各受益人所分配之比例或順位;指定之保險金受益人有兩人以上者,請務必指定分配方式,若分配方式未勾選,則視為指定「均分」。 ※身故受益人指定非被保險人之配偶、直系親屬,或指定為法定繼承人,且其順位及應得比例不適用民法繼承編相關規定者,請在下方其他欄位補充說明原因。					姓名	身分證字號	與被保險人關係	出生年月日	國籍	分配方式					<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____%					<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____%					<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____%					<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____%
姓名	身分證字號	與被保險人關係	出生年月日	國籍	分配方式																														
				<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____%																														
				<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____%																														
				<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____%																														
				<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____%																														
8	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																																		
9	附約加保 【含本人及眷屬】 【詳注意事項 9.10.】 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>附約異動項目</th> <th>被保險人姓名</th> <th>關係</th> <th>附約險種名稱</th> <th>變更後保額</th> <th>附約險種名稱</th> <th>變更後保額</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 加保</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> 眷屬被保險人附加意外傷害保險附約請於其他欄位指定身故受益人,未指定者,其保險金受益人作為眷屬被保險人之法定繼承人。 申請加保附約之被保險人目前是否受有監護宣告? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請提供相關證明文件。					附約異動項目	被保險人姓名	關係	附約險種名稱	變更後保額	附約險種名稱	變更後保額	<input type="checkbox"/> 加保																						
附約異動項目	被保險人姓名	關係	附約險種名稱	變更後保額	附約險種名稱	變更後保額																													
<input type="checkbox"/> 加保																																			
10	附約取消/降低 【含本人及眷屬】 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>附約異動項目</th> <th>被保險人姓名</th> <th>附約險種名稱</th> <th>變更後保額</th> <th>附約險種名稱</th> <th>變更後保額</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 降低</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 降低</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> 為維護您的權益,提醒您務必於申請附約取消/降低前確認已詳閱並充分了解下列重要事項: 1、申請取消附約者,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、申請附約取消/降低時,可能無法全額領回已繳保險費。 3、若因故不便繳納保險費,可依個人規劃考慮辦理自動墊繳保險費或保單借款。 4、申請附約取消/降低後再投保新保單時,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/降低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。					附約異動項目	被保險人姓名	附約險種名稱	變更後保額	附約險種名稱	變更後保額	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 降低						<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 降低																	
附約異動項目	被保險人姓名	附約險種名稱	變更後保額	附約險種名稱	變更後保額																														
<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 降低																																			
<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 降低																																			

11	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)
12	職業內容變更	服務單位_____營業性質_____工作內容(含兼職)_____
13	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。
14	<input type="checkbox"/> 減額繳清保險	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:_____
15	<input type="checkbox"/> 展期定期保險	
16	復效 【詳注意事項 13.】	<input type="checkbox"/> 申請主約、附約、附加條款復效 <input type="checkbox"/> 申請附約復效 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。 ※申請附約復效時,僅針對投資型保單為保費緩繳期間,主契約仍有效時方可申請。
17	<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。
18	投資標的收益分配或提減(撥回)投資資產之指定方式變更	<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。
19	年金給付開始日	年金給付開始日變更為第_____保單週年日。
20	年金給付方式	年金給付方式變更為 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 半年 <input type="checkbox"/> 季 <input type="checkbox"/> 月 給付。
<b>附保證保險商品</b> 依保單條款未有保證項目可變更時,雖勾選或填寫仍不生效力。		
21	保證提領期間開始日	保證提領期間開始日變更為第_____保單週年日。(保證提領期間開始日≤第 20 保單週年日)
22	保證提領金額給付	保證提領金額分期給付方式變更為 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 半年 <input type="checkbox"/> 季 <input type="checkbox"/> 月 給付。
<b>分紅保險商品</b> 依保單條款未有選擇權可變更時,雖勾選仍不生效力。		
23	變更紅利選擇權	<input type="checkbox"/> 儲存生息 <input type="checkbox"/> 抵繳保費(繳納保單不適用) <input type="checkbox"/> 購買增額繳清保險(限鼎富傳家美元分紅終身保險) <input type="checkbox"/> 現金給付(限要保人帳號) 銀行:_____分行:_____帳號:_____
24	保險金額增加選擇權	<input type="checkbox"/> 屆滿五年 <input type="checkbox"/> 被保人結婚 <input type="checkbox"/> 被保人婚生子女出生 (限鼎富傳家美元分紅終身保險)
25	保單紅利提領	提領_____元(最低為美元 100 元),銀行:_____分行:_____帳號:_____
<b>利率變動型商品</b> 依保單條款未有可變更之方式時,雖勾選或填寫仍不生效力,指定方式變更之生效日,依條款約定。		
26	增值回饋分享金給付方式	<input type="checkbox"/> 儲存生息 <input type="checkbox"/> 購買增額繳清保險 <input type="checkbox"/> 現金給付(限要保人帳號) 銀行:_____分行:_____帳號:_____
27	增值回饋分享金提領	提領_____元(最低為美元 100 元),銀行:_____分行:_____帳號:_____
其他及補充說明:		
<p>1.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,並聲明本申請書上之簽名確係本人親簽無誤,若發生任何糾紛,本人願負法律上一切責任,與 貴公司無涉。</p> <p>2.本人(被保險人、要保人)已知悉安達國際人壽保險股份有限公司(以下簡稱安達人壽)、合作推廣招攬本保險契約之保險代理人/保險經紀人(下稱「合作保代/保經」)及辦理本保險契約再保業務之再保險公司(下稱再保險公司)告知蒐集、處理及利用本人個人資料之書面或已藉由電話或其他方式受重要事項之告知(電話行銷招攬者係經安達人壽、合作保經/保代及再保險公司以電話或其他法令規定之方式為前開事項之告知)。</p> <p>3.本人(被保險人)同意安達人壽、合作保代/保經及再保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷等個人資料。</p> <p>4.本人(被保險人、要保人)同意安達人壽將本申請書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線,以作為其會員公司受理本人投保、理賠或契約服務申請時之審核參考,但各該公司仍應依其本身之審核標準決定是否承保、理賠或同意辦理,不得僅以前開資料作為審核之依據。</p> <p>5.本人(被保險人、要保人)同意安達人壽、合作保代/保經及再保險公司得依「個人資料保護法」之相關規定,對本人之個人資料,有為蒐集、處理及利用之權利。</p> <p>6.本人(被保險人、要保人)同意於有金融消費爭議案件發生時,安達人壽及合作保代/保經得將本人之相關個人資料轉送財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構,由該機構於處理金融消費爭議案件之必要範圍內處理及利用。</p> <p>7.«因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申報或課徵,提醒您應向各地國稅局確認稅務申報細節並依法辦理..»。</p>		

要保人簽名(請親自簽名)	被保險人簽名(請親自簽名)	法定代理人/監護人/輔助人簽名	法定代理人/監護人/輔助人資料
陳安達	陳安達		<input type="checkbox"/> 同要/被保險人(以下免填) 與要/被保險人關係: _____
要/被保險人為不識字之成年人或雙目失明者見證欄			生日:民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
見證人 1 簽名: 身分證字號: 關係:	見證人 2 簽名: 身分證字號: 關係:	身分證字號: 國籍: <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他	
◎要、被保險人應親自簽名,未滿七歲或受監護宣告者由法定代理人或監護人代其簽名;七歲(含)以上未成年者且未婚/有監護人或輔助人,須本人及其法定代理人簽名。			
◎不識字之成年人或雙目失明者,得以用右手大拇指指印替代簽名並加蓋印章,須由二位見證人在見證欄簽名並填寫身分證字號及註明與要/被保險人關係。			
申請日期:民國 111 年 12 月 1 日			

※上述內容若有塗改,請要、被保險人於塗改處簽名

【以下欄位由安達國際人壽保險股份有限公司填寫】

批註書	本公司同意上述契約內容變更自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日午夜零時生效,		
	每期保費自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起調整為新台幣 _____ 元整。		
	<input type="checkbox"/> 因以上變更調整,本期保費補收\$ _____ 元 <input type="checkbox"/> 因以上變更調整,本期保費退費\$ _____ 元 (本申請書未經本公司批註專用簽章不生效力)		
保全作業欄: <input type="checkbox"/> 核對簽名無誤 <input type="checkbox"/> 審核不符退件		經辦:	覆核:

※要保人/被保險人已收到、閱讀並瞭解「安達人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項」。

※服務人員專用欄:此欄位請務必填寫完整。

銀行/保經代: _____	業務員簽名: _____	保險經紀/代理人簽署人章
分行/通訊處: _____	業務員登錄證字號: _____	

#### 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，請要保人於塗改處簽名，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. 申請變更姓名、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. 申請變更要保人時，除須取得被保險人同意並簽章外，新/舊要保人需同時於變更申請書上簽名；原要保人登記之收費地址、戶籍地址及電話等資料，除經新要保人申請變更外，新要保人之相關資料與原登記內容相同；保險商品如有滿期/還本/祝壽金給付，並指定滿期/還本/祝壽金受益人為「要保人」者，於變更要保人時，其滿期/還本/祝壽金受益人視為同時變更為新要保人。相關檢附文件如下：
  - (1) 續期保費繳費為信用卡付費或金融機構轉帳者，請重新填寫『金融機構代繳保險費授權書』。
  - (2) 投資型保單變更要保人請重新填寫『客戶適合性分析』。
  - (3) 新台幣投資型保單請重新填寫『要保人委託壽險業者辦理結匯授權書』。
  - (4) 請檢附『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』，並檢附新要保人身分證正反面影本。
  - (5) 投資型保單請重新約定投資標的收益分配或提減(撥回)投資資產指定帳戶為新要保人之帳戶。
  - (6) 要保人如 CRS 身分有改變，除填寫「契約內容變更申請書」外，需填寫金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)自我證明表。
  - (7) 新要保人需填寫『風險預告書』。
6. 申請變更受益人時，應取得被保險人同意並簽章，其他說明如下：
  - (1) 請填寫受益人與被保險人關係、身分證字號與出生日期、聯絡地址及電話，若未填寫聯絡地址及電話時，則本公司以要保人最後所留之聯絡方式，做為日後之通知依據；填寫時若欄位不足，請於「其他及補充說明」欄註明。
  - (2) 變更後原受益人皆取消，並依上述內容重新指定受益人。
  - (3) 受益人如按比例分配或順位分配時，請註明各受益人所分配之比例或順位；指定之保險金受益人有兩人以上者，請務必指定分配方式，若分配方式未勾選，則視為指定「均分」方式。
  - (4) 倘受益人非中華民國國籍人士者，需檢附護照或居留證等文件影本辦理。
  - (5) 受益人指定為法人時，請檢附「法人之具控制權的實際受益人確認書」、法人登記註冊證明/營業執照/商業登記證影本、公司章程、法人註冊地之當地註冊代理人六個月內簽發之董事職權證明書(含載明該法人仍存續證明)、董事及股東名冊等相關文件辦理；若法人的股東中有持有該法人股份或資本超過 25% 者，該股東需填寫『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』，並檢附身分證正反面影本。
7. 申請變更簽章方式，請於簽名欄位簽新/舊簽章方式。
8. 申請加保附約、加費取消或變更、補充健康告知或提高基本保額，請填寫「健康聲明書」，並按醫務規則體檢，體檢費用須自行負擔。
9. 申請附加眷屬附約，其附加眷屬滿七歲以上者，均應於契約內容變更申請書及健康聲明書之眷屬被保險人簽章欄位簽名。
10. 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。
11. 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)。
12. 申請復效時，若自保單停止效力之日起六個月以上申請者，另須填寫「健康聲明書」，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」、「健康聲明書」外，需填寫『投保聲明書(未滿 15 足歲投保及復效適用)』。
13. 申請補充健康告知時，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。
14. 申請電子表單服務約定以電子郵件寄發之各項單據/通知書，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，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檔或延遲送達之情形，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。
15. 週年紅利提領之相關規定詳各商品條款之約定，變更紅利選擇給付方式須於保單週年日三十天前申請。
16. 增值回饋分享金之相關約定方式與變更完成之生效日，請詳商品條款之約定。
17. 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。
18. 本公司於必要時得修改以上之規定。