

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	<input type="checkbox"/> 住所(聯絡地址) <input type="checkbox"/> 要保人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 電話變更	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 住家電話 _____ 公司電話 _____ 行動電話 _____	<input type="checkbox"/> 要保人所有保單一併變更 <input type="checkbox"/> 同聯絡地址		
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 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 【詳背面注意事項 5.】	新要保人姓名 _____ 身分證號碼 _____ 出生日期 _____ 性別 _____ 與被保險人關係 _____			
		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一大項，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.本保單若有附加二至六級失能豁免保險費健康保險附約(二至六級失能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。					
6	基本資料變更 【僅需填寫欲變更項目及內容】	變更項目 _____ 姓名 _____ 身分證號碼 _____ 出生日期 _____ 性別 _____ 國籍 _____ <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人			
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 【詳背面注意事項 6.】	姓名 _____ 身分證字號 _____ 與被保險人關係 _____ 出生日期 _____ 分配方式 _____ <input type="checkbox"/> 順位 _____ <input type="checkbox"/> 比例 _____ %			
		受益人聯絡地址： _____ 電話： _____ 國籍： _____ 【身故受益人或喪葬費用保險金受益人】如係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。			
8	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)			
9	職業內容變更	服務單位 _____ 營業性質 _____ 工作內容(含兼職) _____			
10	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			
11	附約加/退保 【含本人及眷屬】 【詳背面注意事項 9.10.】	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 <input type="checkbox"/> 退保			
		眷屬被保險人附加意外傷害保險附約請於其他欄指定身故受益人，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。			
12	<input type="checkbox"/> 保單補發	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。			
13	<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，附約名稱： _____			
14	<input type="checkbox"/> 展期定期保險	其餘附約一併終止。			
15	復效	<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之恢復申請復效。 ※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，其他請詳注意事項第 14 點。			
16	<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。			
其他及補充說明：					
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。 2.本人(被保險人、要保人)已知悉英屬百慕達安達人壽保險股份有限公司台灣分公司(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)。 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。 4.本人(被保險人、要保人)同意安達人壽將本申請書上所有本人資料轉送產、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。 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。 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，由該機構處理金融消費爭議案件之必要範圍內處理及利用。					
要保人簽名： _____		被保險人簽名： _____		業務員簽名： _____	
要保人身份證字號： _____		聯絡電話： _____		登錄證字號： _____	
法定代理人簽名： _____		申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日		單位名稱： _____	
(要、被保險人如未滿 20 足歲時，須法定代理人一併簽名。)				聯絡電話： _____	
				簽署人章： _____	

※保險公司、合作保代／保經、合作銀行及再保險公司告知要保人及被保險人蒐集、處理及利用個人資料之事項：

英屬百慕達商安達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（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（00一）。
- （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）。

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）。
- （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。

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：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、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、財團法人保險犯罪防治中心、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、與本公司合作推廣保險契約之保險代理人／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(包括但不限於自動化剖析方式之個人資料處理)。

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或檔案。
 - 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、限制處理或利用及請求刪除。
- （二）行使權利之方式：以書面、電子郵件、傳真等方式（連絡方式詳保險單首頁）。

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。

七、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，本公司將於提供保戶服務時，或透過其他方式通知 台端。若 台端有任何問題，請您與我們聯繫（本公司服務專線 0800-061-988）或洽金管會（金融服務專線 1998）諮詢。

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) 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。
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. 要/被保險人申請變更時未滿 20 歲，申請書須經法定代理人簽名同意。
8. 申請變更簽章方式，請於簽名欄位簽新/舊簽章方式。
9. 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「健康告知書」，並按醫務規則體檢，體檢費用須自行負擔。
10. 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。
11. 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。
12. 辦理補發保險單須檢附工本費新台幣 100 元整。
13. 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)。
14. 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。
15. 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。
16. 本公司於必要時得修改以上之規定。

英屬百慕達商安達人壽保險股份有限公司台灣分公司

地址：106 台北市忠孝東路四段 285 號 3 樓 電話：02-81611988 傳真：02-87723289 客戶服務專線：0800-061-988