

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: 02-77261875 或 77261876 或郵寄至 100 台北市中華路一段 39 號 6 樓 康健人壽 營運暨理賠部(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)



康健人壽

國際康健人壽保險股份有限公司 受益人-契約內容變更申請書

保單號碼: _____ 要保人: _____

被保險人: _____ 要保人身分證字號: _____

茲向國際康健人壽保險股份有限公司申請變更上述保單號碼之保險契約內容。本人同意本申請書需經 貴公司同意且批註後始生效力。保單內容申請變更如下:

1、聯絡地址 變更為: _____

E-MAIL 信箱: _____

聯絡電話變更如下: 公司 () _____ 分機 _____ 住宅 () _____ 手機 _____

2、被保險人職業變更為: 服務單位: _____ 職稱: _____ 請務必詳述工作內容: _____

3、變更繳別: 年繳 半年繳 季繳 月繳

4、變更姓名: 原名 _____ 變更為 _____ 新簽名: _____ (需附新身分證影本)

適用變更要保人

5、變更要保人為 _____ 與被保險人關係 _____ 身分證字號 _____ 新要保人簽名 _____

服務單位: _____ 工作內容: _____ 手機號碼: _____ (若新要保人與被保險人不同, 需附新身分證影本)

(1) 過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上? 是 否。若是, 請說明居住國家(地區): _____

(2) 要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如: 中央或地方民意代表、公務機關首長)? 是 否。若是, 請說明: _____

6、變更身故受益人: 依 順位 平均 比例 分配保險金。(請擇其一勾選)

(1) _____ 與被保險人關係 _____ 身分證字號 _____ 出生年月日 _____ 比例 _____ %

聯絡電話: _____ 聯絡地址: _____

(2) _____ 與被保險人關係 _____ 身分證字號 _____ 出生年月日 _____ 比例 _____ %

聯絡電話: _____ 聯絡地址: _____

(3) _____ 與被保險人關係 _____ 身分證字號 _____ 出生年月日 _____ 比例 _____ %

聯絡電話: _____ 聯絡地址: _____

〈注意事項〉

◎身故受益人有二位以上時, 請指定給付順位及比例, 若未指定或指定不明時, 則以同一順位、均分方式辦理。若身故保險金受益人指定為法定繼承人, 則以被保險人之法定繼承人為受益人, 其順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。生存、癌症、重大疾病、醫療、手術醫療、失能保險金受益人限被保險人本人, 不接受變更)

◎身故保險金受益人若非指定為被保險人之配偶、直系親屬, 或非指定為法定繼承人, 且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定者, 請說明原因: _____。

◎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。

7、其他: _____

※要保人/被保險人已收到、閱讀並瞭解「康健人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項」(如申請書第二頁所示)。

★要保人簽名:	★被保險人簽名: (7 足歲以上被保險人, 請親自簽名)	保險經紀/代理人簽署人章
申請日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	★未成年者其法定代理人簽名: (未滿 20 足歲者, 請法定代理人簽名確認)	

【以下欄位由國際康健人壽保險股份有限公司填寫】

※上述內容若有塗改, 請要、被保險人於塗改處簽名

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

(本申請書未經營運暨理賠部簽章不生效力)

附註: 特別提醒您, 若您執行的職務內容或公司與您投保時之職務有不同時, 請您務必以書面通知本公司, 以維護您的保險權益(請詳契約條款)

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: _____
--	-----------	-----------

康健人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項

國際康健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)

二、蒐集之個人資料類別:

- (一)姓名
- (二)身分證統一編號
- (三)地址等聯絡方式
- (四)病歷、醫療、健康檢查
- (五)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。

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
- (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:本公司及本公司海外分支機構、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、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。