

保單號碼	要保人姓名	被保險人姓名
	身分證字號	身分證字號

※凡申請職業變更或身故保險金受益人變更，請務必提供被保險人聯絡電話(市話) (手機)

申請契約變更項目：(請勾選變更項目。若有塗改，請要保人於該處簽名或蓋章)

壹. 姓名變更： 要保人 被保險人：新姓名為 _____ ※請檢附戶籍謄本或戶口名簿影本或身分證正反影本

貳. 通訊地址變更： 要保人 被保險人：

參. 電話變更： 要保人：市話：_____ 手機：_____ 被保險人：市話：_____ 手機：_____

肆. 繳別變更： 原年繳件於保單週年日起變更為月繳 原月繳件於下期保費應繳日起變更為年繳

伍. 職業變更：現任服務機構 _____ 職位 _____ 工作內容 _____

陸. 身故保險金受益人變更(限親屬) 不同意提供身故保險金受益人聯絡地址及電話

※若超過一人且未註明給付比例或順位則均分方式辦理，另若勾選順位，請加註序號。

姓名	身分證字號	與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 比例 <input type="checkbox"/> 順位	電話	聯絡地址

※身故受益人若非為配偶、直系親屬、法定繼承人，或其順位及應得比例非適用民法繼承編規定者，請填寫「指定身故保險金受益人確認書」。
 ※身故保險金受益人如係身分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，則以要保人最後所保留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

柒. 保額變更：(僅限降低保額) 投保專案名稱： _____

變更前計畫別： _____，變更後計畫別： _____。

捌. 其他(請說明)： _____

要保人簽名： _____ 被保險人簽名： _____ (七歲(含)以上之被保險人請親簽)

法定代理人簽名： _____ (未滿二十歲者或無行為能力人，請法定代理人簽名確認)

申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※本人確認已收受貴公司提供之「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。

※為維護您的權益，提醒您務必於終止保險契約前確認已詳閱並充分了解下列重要事項：

- 申請保險契約終止者，自本公司收到要保人書面通知並依約定之終止日期開始生效。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。
- 保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。
- 保險契約終止後再投保新保單時，須承擔下列風險：
 - 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，契約終止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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。

批註欄(保險公司人員使用) 美商安達產物保險公司同意：

上述保單契約內容變更自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日翌日零時起生效。

下期保費自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起調整為 _____ 繳，每期保費調整為新台幣 _____ 元整。

職級調整為第 _____ 類，每期保費調整為新台幣 _____ 元整。

其它：

受理單位(保經/保代)				經辦單位(保險公司)			
單位代碼	業務員	業務員行動電話	簽署人章	收訖日期	經辦人員	核保人員	覆核人員

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司（以下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）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：

財產保險（093）、人身保險（001）、行銷（040）、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）、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）、契約、類似契約或其他法律關係事務（069）、消費者、客戶管理與服務（090）、消費者保護（091）、網路購物及其他電子商務服務（148）、調查、統計與研究分析（157）、其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（181）。

二、蒐集之個人資料類別：

（一）姓名；（二）身分證統一編號；（三）聯絡方式；（四）其他：詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料來源（個人資料非由當事人提供，而為間接蒐集之情形適用）

（一）要保人/被保險人；

（二）司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構；

（三）當事人之法定代理人、輔助人；

（四）各醫療院所；

（五）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、地區及方式：

（一）期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間，或另經 台端書面同意之期間，以期限最長者為準。

（二）對象：本公司、本公司之總公司、本公司所屬安達集團之母公司及海外關係企業或分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、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、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、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、關貿網路股份有限公司、衛生福利部中央健康保險署、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理人公司/保險經紀人公司（透過保險代理人公司或保險經紀人公司投保者）、與本公司合作辦理銀行保險業務之銀行、與本公司依法辦理異業合作推廣附屬性保險商品業務之機構、台端所同意之對象（例如與本公司依法辦理共同行銷或交互運用客戶資料之機構等）、依法有調查權機關或金融監理機關、本公司之總公司或母公司之監理或主管機關、本公司或本公司之總公司、母公司或海外關係企業或分支機構所使用之服務供應商、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者。

（三）地區：上述對象所在之地區（國內及國外）。

（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：以書面或客服專線（0800-339-899）通知本公司。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：

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。

七、本公司依法令或配合安達集團相關政策及為強化個人資料管理及保護，將可能隨時修訂本告知事項，台端同意本公司有權修訂此告知事項，並同意本公司於本告知事項修訂後，得以官網（<https://www.chubb.com/tw-zh/>）公告或其他足以使台端知悉或可得知悉之方式告知（包括但不限於以提供詳載本告知事項內容之網站連結供 台端詳閱）。

八、如台端與本公司先前簽訂之契約或文件所訂定或約定與個人資料之蒐集、處理、利用、國際傳輸有關之條款與本告知事項有所歧異者，以本告知事項及其後本公司修訂之版本為準。

【註】：上開告知事項已公告於本公司官網（<https://www.chubb.com/tw-zh/>），內容若有更動，請以官網公告版本為準。如有任何問題歡迎洽詢本公司客服專線（0800-339-899）。

受告知人：_____（簽章）

中 華 民 國 年 月 日

註：本公司履行上開告知義務，不限書面或取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。