契約內容變更申請書(簡易)

□新契約承保前變更　□保全變更

單位代碼

業務／收件單位
受理蓋章

總／分公司
受理單位蓋章

親臨辦理對象：
□原要保人 □新要保人
□被保險人 □高齡認知無慮

宏泰人壽

2C80

宏泰人壽官網

注意事項：

一、 如辦理項目需檢附身分證明文件影本， 若未能提供做為佐證時，本公司將可能婉拒本次申請。
二、申請契約內容變更須於各項作業辦理期限內備齊相關文件，並簽署完畢後盡速送達本公司受理單位。
三、提醒您請勿於空白申請書上簽名；如有塗改更正，請要保人於塗改處旁簽名確認。
四、本申請書內容經宏泰人壽保險股份有限公司同意後即構成原契約之一部分。
【本公司聯絡方式】免費服務專線：0800-068-268；傳真：02-2716-6887；網址：https://www.hontai.com.tw；電子信箱：service@hontai.com.tw。

保單號碼		填寫日期	年　月　日

◎請使用深色且不易被擦拭之筆類勾選☑欲變更的項目及填寫變更後的內容。

提醒您，填寫完成後，敬請於第2頁簽名／章欄簽署始具效力。

1. □**要保人變更為(要保人變更後，本保險單上要保人之一切權利義務即由新要保人概括承受，並應取得被保險人同意與簽名。)**

姓名：＿＿＿＿ 身分證字號：＿＿＿＿ 出生日期：＿年＿月＿日 其關係為被保險人之：＿＿＿

公司名稱：＿＿＿＿ 職位：＿＿＿＿ 工作性質及內容(含兼職)：＿＿＿＿

變更原因：＿＿＿＿ 國籍：□中華民國 □其它＿＿＿＿(若為多重國籍者，請填寫全部國籍名稱。)

●非原要保人本人臨櫃申請者，為了確認辦理之真意，將進行電訪原要保人。●請檢附原要保人/新要保人身分證明文件影本。
A. 變更要保人而未重新約定住所或收費/通訊地址、受益人，視同原要保人約定；但新要保人有投保本公司紀錄者，則其住所地址同最近投保保險單所約定之住所地址為原則。繳費方式如原約定金融機構轉帳或信用卡扣款，請填授權書重新約定。
B. 原要保人如於保險單中附加豁免保險費附約或申請線上／ATM 借款、線上變更及電子化單據服務者，將一併終止該附約或服務。
C. 新要保人請一併檢具 FATCA 暨 CRS 身分確認聲明書及適合度評估表，投資型商品另檢具結匯授權書含同意書及投資風險屬性問卷。

2. 個人資料(姓名、身分證字號、生日或國籍)變更／更正：□要保人 □被保險人 □受益人 □法定代理人 **(同一人全部保險單均變更)**

變更者原姓名：＿＿＿＿請勾選變更項目：□姓名 □身分證字號 □生日 □國籍(若為多重國籍者，請填寫全部國籍名稱。)

變更後新資料：＿＿＿＿ ●請檢附變更者的身分證或戶口名簿等文件影本。

3. 簽名樣式變更：請檢附變更者的身分證或戶口名簿等文件影本。**(無法提供原簽名樣式者，請另檢附「簽名樣式確認聲明書」。)**

□要保人 □主契約被保險人 □配偶附約被保險人 □子女附約被保險人之姓名：＿＿＿＿

若保險單原留存要保人、被保險人／受益人資料不完整，請一併填寫變更。

4. 地址變更：本公司各類通知單、送金單、保險單契約內容變更批註書及相關文書為寄達收費／通訊地址；催告通知書為寄達住所地址。
●下方選項若未勾選，則要保人同意全部保險單依所填寫住所、收費/通訊地址變更。

□同一要保人若有多張保險單時，僅變更本申請書所填之保單號碼。

收費/通訊地址 收費/通訊電話：－

變 更：□□□ ＿＿＿＿

住所(戶籍)地址，請勾選變更者□要保人／ □主、附約被保險人：＿＿＿＿住 所 電 話：－

變 更：□□□ ＿＿＿＿ **手 機 號 碼**：＿＿＿＿

電子信箱 (E-mail)：＿＿＿＿ **(請您留存最新號碼)**
(同一人有效保險單均變更)

□電子化單據服務，要保人同意名下所有保單之各項服務單據以 E-mail 傳遞。 (建議您填寫 E-mail 並同意電子化單據服務)
※以電子郵件寄發之各項單據／通知書，相關說明請參閱本公司網站[保戶服務](網址：https://www.hontai.com.tw)。

5. 職業變更：**(同一人有效保險單均變更)**

□要保人 ／ □被保險人之 姓名：＿＿＿＿ 公司名稱：＿＿＿＿ 營業類別：＿＿＿＿

工作性質及內容(含兼職)：＿＿＿＿ 職位：＿＿＿＿ 職業代碼：＿＿＿＿(由業務員填寫)

6. 繳別變更為：□年 繳 □半 年 繳 □季 繳 □月 繳 (□契撤期間內變更：符合契撤期間內欲自始變更)
●若為「變額萬能壽險」或「變額年金保險」之保險單，基本保險費及超額保險費或分期保險費將一併異動。

7. □本次申請事項若有要需要補費者，同意依原續期保險費所約定金融機構扣款帳戶或以信用卡扣款繳納。

8. 繳費方式變更為：□自行繳費(劃撥/便利商店/ATM 轉帳繳付屬之)(若選擇金融機構轉帳或信用卡繳費扣款時，請另填寫「保險費付款授權書」辦理。)

9. 自動墊繳保險費：(無保單價值準備金者，縱為填寫亦不生效力。)
□同意(係指將以同一保單之主契約及附約當時的保單價值準備金總和(如有保險單借款者，以扣除其借款本息後之餘額)自動墊繳其應繳的保險費及利息。)
□不同意(若不同意自動墊繳保險費，契約將自寬限期間終了翌日起停止效力。)

10. 生存保險金給付類型：□年給付型 □月給付型 ※若保險單條款無「生存保險金給付類型」時，雖勾選給付類型仍不生效力。
※生存保險金受益人達二人以上時，其生存保險金給付類型一律採年給付型辦理。

11. 保單型式變更／補發：□紙 本 保 單 □電 子 保 單 ／ □保 險 單 補 發(特此聲明原保險單同時作廢)
※A. 選擇變更為電子保單時要保人須具行為能力，且須一併提供要保人與被保險人之行動電話(必要)或電子郵件信箱(Email)。B. 因特殊狀況無法提供電子保單時，得通知要保人改為紙本保單。C. 申辦保險單補發者，需檢附工本費新臺幣 100 元繳費憑證。(郵局劃撥帳號：18398265，並註明保單號碼及補發工本費。)

12. 補充說明：

13.受益人變更

請選擇欲變更之保險金項目後，填寫**變更後**受益人之資料。**※受益人變更時，請務必詳填其身分資料內容，並應取得被保險人簽名同意。**

保險金項目	**變更後**受益人姓名	身分證統一編號	出生日期	國籍 若為多重國籍者，請填寫全部國籍名稱。	其關係為被保險人之	未指定分配方式視為均分		
						順位	比例	均分
□生存／還本保險金 □滿期金　□祝壽金								
□身故/喪葬費用保險金 ※若欲指定配偶或子女附約之受益人，請另填寫被保險人姓名於下。 ＿＿＿＿＿＿								

●身故受益人聯絡地址及電話：**(僅連絡用，不與其他保單之資料連動。)**

□同要保人目前住所　□同要保人目前收費／通訊地址　□以身分別指定或不同意提供**(註)**

□其他，請填寫以下聯絡資料：聯絡地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話：＿＿＿＿＿＿

●**受益人指定對象非為配偶、直系血親或法定繼承人時，請說明：姓名／指定原因：**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身故受益人如指定為法定繼承人者，其順位及應得比例適用民法繼承篇相關規定。契約無該項保險給付項目者，縱為填寫亦不生效力。

註：如身故保險金受益人以身分別指定，或要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話者，則以要保人最後所留之聯絡方式作為日後之通知依據。

14.生存／還本／滿期／祝壽／年金／未住院健康鼓勵保險金給付方式改為匯款：(限填受益人／被保險人等受款人帳戶)

受款人戶名(英文戶名)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**(若為外幣保險單，請填寫外幣存款帳戶，匯款相關手續費用負擔將依保單條款約定處理。)**

金融機構：＿＿＿＿＿＿**分行/支局：**＿＿＿＿＿＿**帳號：**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**(外幣保險單建議提供外幣帳戶影本)**

15.保險單紅利給付方式變更為：□儲存生息　□抵繳保費　□購買增額繳清保險**(選擇購買增額繳清保險須被保險人簽名同意)**
□現金給付，**請續填第 17 項**。
※主約為宏泰人壽兒童終身壽險(甲型、乙型、丙型、丁型)JWA-D、宏泰人壽創世紀終身壽險 PWL 及主約附有宏泰人壽安福利保險附約(甲型、乙型、丙型、丁型)NRA-D 或宏泰人壽遞減型定期壽險附約 DTR 之保險單，紅利給付方式無「購買增額繳清保險」。

16.增值回饋分享金其給付方式變更為：**被保險人於保險年齡十六歲前，其給付方式依保險單條款約定辦理。**
保單年度未滿六年：□購買增額繳清保險　□抵繳保費　(繳費期滿後仍屬有效契約者，以購買增額繳清保險辦理。)
保單年度第七年起：□購買增額繳清保險　□抵繳保費　□儲存生息　□現金給付，**請續填第 17 項**。
宏泰人壽泰鑫利利率變動型養老保險(不分紅保單)ISC(依保險單條款約定)：□儲存生息　□現金給付　□購買增額繳清保險

17.要保人給付帳戶資料：□保險單紅利　／　□增值回饋分享金　／　□投資標的收益分配　／　□分期保證提領　／　□各項申請退費
匯款帳號限以**要保人**下列帳戶轉帳給付，若未填寫，則以支票方式處理。**(外幣保險單限以匯款方式給付，建議提供外幣帳戶影本。)**

戶名(英文戶名)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**(若為外幣保險單，請填寫外幣存款帳戶，匯款相關手續費用負擔將依保單條款約定處理。)**

金融機構：＿＿＿＿＿＿**分行/支局：**＿＿＿＿＿＿**帳號：**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿※倘若以信用卡繳費扣款者，有退保險費時將以刷退回信用卡帳戶為原則。

履行個人資料保護法告知義務內容

宏泰人壽保險股份有限公司（以下稱本公司）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，向要保人、被保險人、受益人、保險費實際繳款人告知下列事項，請　台端詳閱：

一、蒐集之目的：本公司為執行下列事項，將在合法範圍內蒐集、處理及利用您的個人資料。
1.人身保險（００一）。2.行銷（０四０）。3.金融服務業依法令（包含美國海外稅收遵循法）規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用（０五九）。4.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（０六三）。5.契約、類似契約或其他法律關係業務（０六九）。6.消費者、客戶管理與服務（０九０）。7.財稅行政（０九五）。8.調查、統計與研究分析（一五七）。9.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：本公司蒐集您的個人資料內容詳如各相關業務申請書或契約書內容所載欄位，例如：姓名、生日、身分證統一編號、地址及其他聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查、IP 位址、瀏覽器類型、瀏覽紀錄…等相關資訊。

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）：1.要保人。2.當事人之法定代理人、輔助人。3.各醫療院所。4.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：1.期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。2.對象：本(分)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、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、與本公司有合作推廣或共同行銷之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。3.地區：上述對象所在之地區。4.方式：合於法令規定之利用方式。5.其他關於蒐集瀏覽資訊相關之訊息，請參考本公司網站隱私權政策（https://www.hontai.com.tw/18pages/privacy）。

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：1.得向本公司行使之權利：1-1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。1-2.向本公司請求補充或更正。1-3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。2.行使權利之方式：以書面、電子郵件、傳真、電子文件。

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，因此可能無法承保、遲延或無法提供　台端相關服務或給付。

聲明事項

一、本人（被保險人）同意宏泰人壽保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
二、本人（被保險人、要保人）同意宏泰人壽保險股份有限公司將本申請書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
三、本人（被保險人、要保人）同意宏泰人壽保險股份有限公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

簽名／章欄

●本申請書所有簽章部分為要保人、被保險人及法定代理人本人依本保險契約最近所約定簽名樣式親自簽章，如有虛偽不實，簽章人應負法律上責任。
●申請人已詳閱且同意本申請書之「聲明事項」，並已詳閱且了解「注意事項」及「履行個人資料保護法告知義務內容」。
●**除本次申請事項外，請要保人確認本人姓名、國籍、職位(務)、住所地址、收費／通訊地址、電話及電子信箱(E-mail)等皆無異動：**
□確認無異動。(若有異動請一併填寫第 1 頁第 2、4、5 項欄位辦理變更，並建議您填寫電子信箱勾選同意辦理電子化單據服務。

	主契約	配偶附約	子女附約
(原)要保人：＿＿＿＿	被保險人：＿＿＿＿	被保險人：＿＿＿＿	被保險人：＿＿＿＿
(新)要保人：＿＿＿＿	被保險人：＿＿＿＿	被保險人：＿＿＿＿	被保險人：＿＿＿＿

監護人或輔助人／法定代理人：＿＿＿＿　出生日期：＿＿年＿＿月＿＿日　國　籍：□中華民國　□其他：＿＿＿＿
身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿　關係為：＿＿＿＿＿＿(請提供身分證明文件)

業務員／執業經紀人(代理人)簽名：＿＿＿＿　登錄字號／執業證號：＿＿＿＿　手機號碼：＿＿＿＿　保經(代)簽署人簽章：＿＿＿＿

●**業務員本人已核對並確認要保人、被保險人及其法定代理人之身分無誤及其代理之事實；且親視要保人、被保險人及其法定代理人親自簽章，絕無虛偽情事。**