防癌健康保險附約保單轉換申請書

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

2C73

注意事項：
一、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。
二、申請契約內容變更須於保險單有效期限內備齊相關文件，並送達本公司受理單位，恕不接受傳真辦理。
三、請勿於空白申請書上簽名，如須塗改更正，請要保人於塗改處旁簽名確認，本申請書始為有效；本申請書自填寫日期起一個月內適用。
【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＿＿＿＿＿＿＿＿要保人＿＿＿＿＿＿＿＿主被保險人＿＿＿＿＿＿＿＿填寫日期：＿＿＿年＿＿月＿＿日

茲聲明因上開保險契約主契約被保險人之☐配偶 ☐子女＿＿＿＿＿＿＿＿，現因☐配偶關係消滅 ☐子女已婚(成年)，故依保險單條款〔保單轉換〕約定，申請防癌健康保險附約轉換為防癌健康保險主契約，轉換後費率則依主約費率計價，生效日期同本附約生效日期。現由要保人向 貴公司申請並同意本申請書之各項約定：

附約被保險人	身分證統一編號	附約險種(註)	新的保險單號碼(由本公司填寫)

註：本申請作業僅適用於「宏泰人壽防癌終身健康保險附約」(CP)、「宏泰人壽防癌定期健康保險附約」(CT)商品。

一、☐要保人同意由附約被保險人擔任保單轉換後的防癌健康保險主契約保險單之新要保人。
(要保人變更後，新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。)

二、新保險單繳費管道及繳費別：(若未重新指定，依原附約契約所約定。)
(一) ☐自行繳費 ☐金融機構轉帳(請檢附授權書) ☐信用卡(請檢附授權書)
(二) ☐年繳 ☐半年繳 ☐季繳 ☐月繳(保險費需達新臺幣 1,000 元以上)

三、新保險單之收費/通訊地址及電話：(＿＿) ＿＿＿＿＿＿＿＿ (若未重新指定，依原附約契約所約定。)

☐☐☐ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

新保險單要保人之住所(戶籍)地址及電話：(＿＿) ＿＿＿＿＿＿＿＿行動電話：＿＿＿＿＿＿＿＿

☐☐☐ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

新保險單要保人之電子信箱(E-MAIL)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐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)。

四、新保險單身故受益人：(若未重新指定，依原附約契約所約定。)

變更後受益人姓名及其國籍	身分證統一編號出生日期	與被保險人關係	指定分配方式(順位/比例/均分)	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。)
				☐以身分別指定或不同意提供(註)

※受益人指定對象非為配偶、子女、父母或法定繼承人時，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編相關規定。
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身故保險金受益人之通知依據。

五、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。

六、簽名欄：申請人已詳閱且同意本申請書之「約定事項」及「聲明事項」，並已詳閱且了解「履行個人資料保護法告知義務內容」。

(原)要保人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿ (新保險單)(新)要保人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 被保險人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿

監護人或輔助人/法定代理人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 與受監護人或受輔助人或未成年人者關係為：☐父母 ☐其他＿＿＿＿＿＿＿＿(請說明並提供證明文件)
身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿＿＿出生日期：＿＿＿年＿＿月＿＿日 國籍：＿＿＿＿＿＿＿＿

【本申請書所有簽章部分應為要、被保險人本人依本保險契約最近所約定簽名樣式親自簽名，公司行號請蓋原留印章，如有虛偽不實，簽章人應負法律上責任。】

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；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。】

宏泰人壽履行個人資料保護法告知義務內容

3A06

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。

（一）人身保險（００一）。
（二）行銷（０四０）。
（三）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）。
（四）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）。
（五）契約、類似契約或其他法律關係業務（０六九）。
（六）消費者、客戶管理與服務（０九０）。
（七）財稅行政（０九五）。
（八）調查、統計與研究分析（一五七）。
（九）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）：

（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(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。
（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）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：

（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、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。