臺銀人壽保險股份有限公司

保險契約內容變更申請書

B0100102

條碼欄(本公司作業欄)

保單號碼

※填寫本申請書時請詳閱注意事項，請填寫或勾選變更後內容，**不變更之項目，毋須填寫**。

契約內容變更

□1. 要保人住所/**聯絡電話**/E-mail (要保人與被保險人為同一人者， 將一併變更被保險人住所/聯絡電話/E-mail)	□一併變更本公司同一要保人之要保地址/聯絡電話/E-mail 縣/市　鄉/鎮/市/區　路/街　段　巷/弄　號/樓 (O)　(H)　※手機： E-mail：
□2. 收費/通訊地址 □同要保人住所地址 □另指定如右欄	□一併變更本公司同一要保人之收費/通訊地址 縣/市　鄉/鎮/市/區　路/街　段　巷/弄　號/樓
□3. 被保險人住所/聯絡電話/E-mail □同要保人住所	(※與本次申請之保單號碼為同一要保人者，一併變更相同被保險人之基本資料) 縣/市　鄉/鎮/市/區　路/街　段　巷/弄　號/樓 (O)　(H)　手機： E-mail：

※要保人/被保險人住所、聯絡電話、E-mail、收費/通訊地址，不得為本公司、分公司、保險代理人、保險經紀人、銀行及其分支機構之營業處所或招攬業務員之住所或居所。

□4. 紅利／增值回饋分享金領取方式	□現金給付□抵繳應繳保險費□儲存生息□購買增額繳清保險 (若依保單條款未有紅利或增值回饋分享金之保單，雖於本欄位勾選，仍不生效力)
□5. 集體彙繳變更	□申請集體彙繳 (申請時需另填寫集體彙繳申請書，並依申請書檢附相關文件) □申請退出現有彙繳
□6. 繳別變更	□年繳　□半年繳　□季繳　□月繳
□7. 身分證字號/國籍	□要保人身分證字號＿＿＿＿＿＿國籍＿＿＿＿ □被保險人身分證字號＿＿＿＿＿＿國籍＿＿＿＿ (請檢附戶籍登記資料及要/被保險人身分證影本，外籍人士請檢附護照影本)
□8. 補發保單 (補發保單酌收工本費 100 元，請檢附工本費劃撥收據正本)	原保單因□遺失□毀損□其他原因＿＿＿＿，特此聲明作廢，並申請補發。 如需變更簽章樣式請於變更項目第 17 項勾填，並檢附「變更簽章印鑑卡」。(請檢附要保人、被保險人身分證影本)

※變更要保人，新要保人與被保險人須有保險利益；如本保單有保單借款或自動墊繳保險費，則清償借款／自動墊繳保險費本息之義務一併移轉予新要保人。

□9. 要保人變更

※變更後簽章樣式請於變更項目第 17 項勾填，並檢附「變更簽章印鑑卡」。

※請檢附新舊要保人身分證影本及駕照/健保卡/護照任一文件影本。

※若原要保人身故，請所有繼承人簽署「繼承人聲明同意書」並檢附「原要保人除戶」及「全部繼承人」戶籍登記資料。

※投資型保單變更要保人時請檢附「投資型保險商品要保人風險屬性評估問卷」，UV 險請檢附「委託結匯額度查詢暨結匯授權書」，收益分配方式如為現金給付者，請一併變更現金撥回帳戶。

※外幣保單變更要保人時，請檢附「以外幣收付之投資型/非投資型人身保險匯率風險說明書」。

新要保人姓名：　性別：　身分證字號：

出生日期：　年　月　日　國籍：

服務單位：　職稱：　與被保險人關係：

年收入：＿＿＿＿萬元　家庭年收入：＿＿＿＿萬元

(學生或未滿 15 足歲之要保人其法定代理人年收入為：＿＿＿＿萬元)

要保人聲明稅務居民身分(由新要保人擇一勾選)

倘下述聲明內容及其他要保相關文件之資訊產生變動，而造成本身分聲明文件不正確或不完整時，至遲應於變更日起 30 內主動告知本公司

□ **Ⅰ. 本人不具有國外稅務居民:**
①美國公民或稅務居民身分，且沒有美國指標。②美國以外其他國家公民或稅務居民身分。

□ **Ⅱ. 本人具有國外公民或稅務居民身分**
□美國公民或稅務居民係指具有美國國籍者(持有美國護照)、持有綠卡者，或當年度入境美國並停留超過 183 天，或者當年度入境並在美國待超過 31 天，同時滿足所謂的『前 3 年審核期』的計算超過 183 天。
※『前 3 年審核期』係以報稅年度及前二年在美居留天數「加權」計算，當年度在美國實際居留天數 x 1 + 前一年度在美國實際居留天數 x 1/2 + 前二年度在美國實際居留天數 x 1/3，若總天數大於（或等於）183 天，該客戶即為美國稅務居民。
※請檢附 W-9 表單「納稅義務人稅籍編號暨聲明書」及遵循 FATCA 法案個人資料同意書
□具有美國以外其他國家公民或稅務居民身分。※請檢附「自我證明表」

□ **Ⅲ. 本人不具有美國公民或稅務居民身分，但有以下任一美國指標:**
□曾被註記具美國公民身分或擁有永久居留權(綠卡)； □出生地為美國； □擁有美國住址或郵寄地址；
□擁有美國電話號碼； □經常將資金轉入位於美國的帳戶；□曾指定住址設於美國的人士為代理人以處理本件要保相關事宜；□留存於本公司之地址並非要保人之地址，而是以「郵局暫時代替保管郵件」(如郵政信箱)或「交由某人代轉信件」為唯一地址
※請檢附 W-8BEN 表單「最終受益人(個人)外籍身分之美國稅款扣款及申報聲明書」

□10. 姓名變更	□要保人更名為＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。 □被保險人更名為＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。	（請檢附戶籍登記資料） **※變更後簽章樣式請於變更項目第 17 項勾填，並檢附「變更簽章印鑑卡」。**

□11. 受益人變更（倘受益人指定一人以上，若未特別指定順位或分配比例，則推定為均分；**指定順位時請填寫順位序號**）

身故保險金受益人地址電話填寫欄位：

※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。

	分配方式	指定順位序號或比例	姓名	身分證字號	出生日期/註冊設立日期	國籍	與被保險人關係
□身故保險金受益人 **※可分期定期給付商品之主契約（不及於附約）欲約定分期定期給付之保險金受益人須另填「分期定期保險金指定方式申請書」**	□均分 □順位 （請填序號） □比例						
			地址			電話	
			地址			電話	
			地址			電話	
			地址			電話	

※身故受益人非被保險人之配偶、直系親屬或非填列「法定繼承人」者，請註明原因：

□滿期保險金受益人 □祝壽保險金受益人	□均分 □順位 （請填序號） □比例						
□生存保險金受益人	□均分 □順位 （請填序號） □比例						

※ 滿期保險金、祝壽保險金及生存保險金受益人非要保、被保險人及法定繼承人者，且居住地非於臺灣，請提供該受益人國外居住國家。

姓名/國外居住國家：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□12. 變更□減額繳清保險/□展期定期保險。

□13. 取消附加契約	取消 □全部附約。 □附約(種類：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)。
□14. 縮短繳費年期	變更主契約繳費年期為＿＿＿＿年。（請簽署繳費年期變更之前後利益比較表）
□15. 減少保險金額	□變更主契約保險金額為＿＿＿＿萬元。 □變更附加契約種類：＿＿＿＿＿＿、保險金額為＿＿＿＿萬元。
□16. 變更被保險人職業	服務單位：＿＿＿＿＿＿＿＿、職稱：＿＿＿＿＿＿＿＿。 詳細工作性質及內容：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。
□17. 變更簽章	□要保人□被保險人簽章樣式採□印鑑□簽名 為憑。 （請檢附變更簽章印鑑卡及身分證影本）原簽章樣式同時作廢，嗣後往來以「變更簽章印鑑卡」約定之新簽章樣式為憑。
□18. 變更利率變動型年金保險 （※若未符合各年金險保單條款規定，雖於本欄位填寫，仍不生效力）	□變更年金開始給付日為被保險人年齡達＿＿＿歲之保單週年日。 （變更後本契約始期日至年金給付開始日，AG、BC、UD、UJ、UL 險不得低於十年及繳費期間，UT、US、UU 險不得低於 6 年。） □變更年金給付保證期間為□10 年□15 年□20 年。 □變更年金給付方式為□一次給付（限 UL、UP、UQ、UR、US、UT、UU 險）□年給付 □半年給付（限 AG、BC、UD、UJ、UL、UT 險）。 （要保人至少於年金給付開始日的三十日前以書面通知本公司）

□19.其他變更項目	欲變更事項未能於上列各項勾填時，請填寫於本欄位

※此次契約內容變更若有退費或異動投資型保單現金撥回帳戶請於下列欄位填寫要保人帳戶(外幣保單請同時檢附要保人外匯存摺影本)

_____銀行_____分行　帳號：_____

帳戶姓名：_____**(外幣保單請填寫帳戶中文及英文姓名)** swift code：_____

※上述帳戶(含外匯存款帳戶)確為本人所有，嗣後若有因資料錯誤而造成誤匯/退匯時，概由本人負責。

本次事項辦理完成通知函(保單)寄發地址 ，未勾選者一律寄要保人收費地址

□要保地址□收費地址

臺銀人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項

臺銀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(００一)。(二) 行銷(０四０)。(三) 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(０五九)。(四) 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) 出生年月日及身分證統一編號。(三) 地址及電話等聯絡方式。(四) 病歷、醫療、健康檢查。(五) 其他詳如要保書等相關業務申請文件內容。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(分)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、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、合作推廣台端保險契約之保險代理人/保險經紀人、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、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，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供　台端相關服務或給付。

【113.05.02 壽險契行字第 1130740046 號函備查】

遵循FATCA法案蒐集、處理及利用個人資料告知事項 （個人客戶）

緣臺銀人壽保險股份有限公司（下簡稱「本公司」）因參與遵循美國海外帳戶稅收遵從法案（Foreign Account Tax Compliance Act，下簡稱「FATCA 法案」），與美國財政部國稅局（下簡稱「美國國稅局」）簽訂外國金融機構協議（FFI Agreement，下簡稱「協議」），而負辦識美國帳戶之義務，現因台端於本公司購買保單及進行交易，為符合個人資料保護法下個人資料之合理使用，本公司茲請求台端協力遵循 FATCA 法案及協議之相關規定，特告知下列事項： 一、個人資料蒐集、處理及利用之目的及類別：為辨識本公司內所有保單要保人之身分，並於必要時申報具有美國帳戶之持有者資訊予美國國稅局及我國權責主管機關，經台端提供之相關個人資料及留存於本公司之一切交易資訊，包括但不限於姓名、出生地、國籍、戶籍/住所/通訊/收費地址、電話號碼、美國稅籍編號、保單號碼、保單現金價值及交易明細等，將因本公司遵循 FATCA 法案及協議之需要，由本公司蒐集、處理及利用。二、個人資料利用之期間及方式 為遵循 FATCA 法案及協議，本公司所蒐集之台端個人資料將由本公司於執行業務所必須及依法令規定應為保存及利用之期間，並於特定目的之範圍內，以書面、電子文件、電磁紀錄、簡訊、電話、傳真、電子或人工檢索等方式為處理、利用與國際傳輸。三、個人資料利用之地區：為履行 FATCA 法案及協議下之相關義務， 台端個人資料將於中華民國及美國地區受利用。四、個人資料利用之對象：為履行 FATCA 法案及協議下之相關義務， 台端個人資料將由本公司、臺灣金融控股股份有限公司〔Lead FFI〕、我國權責主管機關及美國國稅局所利用。五、個人資料之權利行使及其方式：台端就本公司所蒐集、處理及利用之 台端個人資料，得隨時以書面或口頭方式向本公司請求查詢、閱覽、製給複製本、補充或更正、停止蒐集處理及利用或刪除。六、個人資料提供之同意權：台端若拒絕提供本公司為遵循 FATCA 法案及協議所需之個人資料、或嗣後撤回、撤銷同意，本公司仍可能須將關於台端之保單資訊申報予美國政府及我國權責主管機關。※本告知事項所稱美國帳戶，係指由一個或多個特定美國人或美國（人）持有之外國法人持有之任何金融帳戶。※台端已充分詳讀前揭告知事項，瞭解此一告知事項符合個人資料保護法及相關法規之要求。

※關於您申請之事項，為保障您的權益，如有必要，本公司將會派員以電話或到府拜訪方式與您聯繫確認，並請您協助務必填寫行動(聯絡)電話:_____，並請勾選方便電訪保戶時間:□上午9-12時 □下午12-17時。

茲向臺銀人壽保險股份有限公司申請變更保險契約內容如上，原(新)要保人、被保險人及法定代理人已詳閱本申請書告知事項之內容，確實了解貴公司對告知事項所作之完整說明。確認簽名如下：

此致

臺銀人壽保險股份有限公司

要保人：_____ □　被保險人：_____ □

新要保人：_____ □　法定代理人：_____ □

本人(新要保人)聲明自變更日起承受原要保人於本保險契約之一切權利與義務(含清償借款／墊繳保費本息之義務)

※提醒您辦理要保人變更可能涉及遺產稅及贈與稅之課徵。

法定代理人身分證統一編號：_____

法定代理人出生日期:____年____月____日 國籍:_____

法定代理人聯絡電話：_____

※本申請書變更項目視變更項目，須要保人或要保人及被保險人簽章。　填寫日期：　年　月　日

※以上簽章應由要/被保險人本人親自為之，且簽章樣式需與要保書(若簽章樣式曾辦理變更者，則依變更後簽章樣式為主)相同；如要/被保險人未滿七足歲，由法定代理人代為簽名；七歲(含)以上未成年者，由要保人/被保險人本人及法定代理人簽名；要保人、被保險人及法定代理人簽章樣式與原要保書不符時，須同時辦理變更。

經驗明身分，本申請書/變更簽章印鑑卡確為原要保人/新要保人/被保險人/法定代理人、監護人、輔助人親自辦理無誤。如有虛偽不實，本人願負法律上應負之責任。

收文章

通路代號	單位代號	保險業務員簽名/經紀人或代理人簽名	業務員登錄字號/連絡電話	保經、代公司簽章/通訊處單位主管

※注意事項

一、為維護貴保戶權益，請勿於空白申請書上簽章；本申請書各項申請內容，請避免塗改，若有塗改，請重新填寫。

二、本申請書倘因資料填寫不全，或不符作業規範無法辦理時，本公司將不受理該次變更。

三、如有疑問，請洽各地服務據點專線或洽免付費電話 0800-011-966，或本公司網站 http://www.twfhclife.com.tw 查詢。

臺銀人壽 BankTaiwan LIFE INSURANCE

z9999000

※除本申請書外，契約內容變更所需檢附文件一覽表

項次	變更項目說明	簽名 A：要保人 B：被保人	要保人身分證明	被保險人身分證明	變更簽章印鑑卡	戶籍登記資料	其他
1	變更要保人住所 / 聯絡電話	A					
2	變更要保人收費 / 通訊地址、E-MAIL	A					
3	變更被保險人住所 / 聯絡電話 E-MAIL	AB					
4	變更紅利 / 增值回饋分享金領取方式	A					
5	集體彙繳變更	A					需一併檢附集體彙繳申請書
6	繳別變更	A					
7	變更要保人身分證字號/國籍	A	V			V	外籍人士請提供有效護照影本及檢附「自我證明表」
	變更被保險人身分證字號/國籍	AB		V		V	外籍人士請提供有效護照影本
8	補發保單	AB	V	V	V		*工本費 100 元，郵政劃撥帳號：00149339 戶名：臺銀人壽保險股份有限公司
9	要保人變更	AB	V		V		*需同時變更第 17 項 *新要保人需簽名 *原要保人及新要保人請同時檢附雙證件影本 *投資型保單請檢附「投資型保險商品要保人風險屬性評估問卷」，UV 險請一併檢附「委託結匯額度查詢暨結匯授權書」 *外幣保單請檢附「以外幣收付之投資型/非投資型人身保險匯率風險說明書」
	原要保人身故變更	B			V	V	*需同時變更第 17 項 *新要保人請提供身分證影本並簽名 *需檢附原要保人除戶證明及全部繼承人戶籍登記資料 *繼承人聲明同意書 *投資型保單請檢附「投資型保險商品要保人風險屬性評估問卷」，UV 險請一併檢附「委託結匯額度查詢暨結匯授權書」 *外幣保單請檢附「以外幣收付之投資型/非投資型人身保險匯率風險說明書」
*若變更後之要保人或變更國籍之要保人符合國外公民或稅務居民，請依下列身分別致電客服中心或各地服務據點索取相對應應填寫之表單(詳細說明請詳契約變更申請書第 7、9 項)：◎美國公民或稅務居民：W-9 表單「納稅義務人稅籍編號暨聲明書」及遵循 FATCA 法案個人資料同意書 ◎不具美國公民或稅務居民身分，但具有美國指標者： W-8BEN 表單「最終受益人(個人)外籍身分之美國稅款扣款及申報聲明書」 ◎具有除美國以外其他國家公民或稅務居民身分：自我證明表							
10	要保人姓名變更	A			V	V	需同時變更第 17 項
	被保險人姓名變更	AB			V	V	需同時變更第 17 項
11	受益人變更	AB					
12	變更為減額繳清保險	A					
	變更為展期定期保險	A					
13	取消附加契約	A					若有退費，請填寫退款帳號
14	縮短繳費年期	AB					
15	減少保險金額	A					
16	變更被保險人職業	AB					若有退費，請填寫退款帳號
17	變更簽章	AB	V	V	V		
18	變更利率變動型年金保險	A					
19	其他變更項目	AB					視變更項目徵提相關資料 (申請『臺銀人壽債權債務範圍內受益人指定及其處分權批註條款』請檢附『保險契約審閱期間確認聲明書』)

臺銀人壽總公司及各服務據點地址、電話及傳真號碼

總公司	地址：(10682)台北市大安區敦化南路二段 69 號 2~8 樓 總機：(02)2784-9151 轉保全科 免付費電話：0800-011966	桃園分公司	地址：(33066)桃園市桃園區復興路 110 號 11 樓 TEL：(03) 336 - 6787 FAX：(03) 336 - 7515
新竹分公司	地址：(30043)新竹市三民路 9 號 3 樓之 1 TEL：(03) 535 - 2950 FAX：(03) 535 - 1437	嘉義分公司	地址：(60054)嘉義市西區新民路 762 號 4 樓之 1 TEL：(05) 236 - 1663 FAX：(05) 236 - 3035
台中分公司	地址：(40341)台中市西區民權路 95 號 1 樓 TEL：(04) 2224 - 2921 FAX：(04) 2221 - 9446	台南分公司	地址：(71084)台南市永康區中華路 1 之 113 號 17 樓 TEL：(06) 312 - 3778 FAX：(06) 312 - 3775
花蓮服務中心	地址：(97050)花蓮縣花蓮市國聯五路 5 之 5 號 6 樓之 1 TEL：(03) 835 - 6492 FAX：(03) 8326 - 993	高雄分公司	地址：(80147)高雄市前金區中正四路 211 號 19 樓之 5 TEL：(07) 241 - 9182 FAX：(07) 241 - 9181

本公司網址： http://www.twfhclife.com.tw