

※請於申請變更項目打「√」

傷害暨健康保險契約變更申請書

申請日期： 年 月 日

保單號碼	要保人／被保險人	批單號碼	
保險期間	批單有效期間		

契約變更事項如下：

申請 批 改 事 項	資料更正：A. <input type="checkbox"/> 要保人姓名：_____身分證字號：_____出生日期：_____關係：_____ B. <input type="checkbox"/> 被保人姓名：_____身分證字號：_____出生日期：_____關係：_____ C. <input type="checkbox"/> 戶籍 <input type="checkbox"/> 通訊 地址變更： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
	職業變更：公司名稱：_____ 工作內容：_____ 職稱：_____ (請詳述)；兼業：_____

批 改 受 益 人	受益人 <input type="checkbox"/> 更正、 <input type="checkbox"/> 新增(若欄位不足，請於其它欄填寫) ※限配偶、子女、父母、兄弟姐妹					
	姓名	身分證字號	關係	給付方式	電話	地址
	(1)			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	(2)			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		<input type="checkbox"/> 同上， <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	(3)			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		<input type="checkbox"/> 同上， <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

備註：如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。

退 保	<input type="checkbox"/> 終止契約/ <input type="checkbox"/> 解除契約(自始不生效力)： 原因：_____ (需繳回保險單及收據，無法繳回者請蓋遺失切結)
--------	---

退 費 付 款	(1) <input type="checkbox"/> 匯款：_____銀行／郵局_____分行／支局 帳號：_____戶名：_____ (請提供存摺帳號影本) (2) <input type="checkbox"/> 開票：○交經辦 ○親領 ○郵寄：支票抬頭：_____地址：_____ (3) <input type="checkbox"/> 改繳：_____ (限原保單號碼或其所屬批單) ※郵寄、交經辦手續費直接由退費金額中扣除。(若未勾選則以開票-交經辦方式辦理)
------------------	---

補 發	<input type="checkbox"/> 保險單(____正本；____副本) <input type="checkbox"/> 批單號碼：_____ (____正本；____副本) <input type="checkbox"/> 保險費收據(____正本；____副本) <input type="checkbox"/> 保險證(保卡)
--------	---

保單/批單/收據遺失切結書

本人茲因不慎遺失保單、批單、收據，若因前述遺失之文件而損及 貴公司權益或涉及金錢、法律等糾紛時，本人願負全責，與 貴公司無關，特立此切結書為憑。

此致
 新光產物保險股份有限公司 立切結書人：_____

其 它		收 件 日 期

要保人聲明事項

1. 本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
2. 本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理、利用或國際傳輸之權利。

要保人親簽：_____ 被保險人親簽：_____ 法定代理人親簽：_____

經辦人員	保經代簽署	核保	科長	經副理
經辦代號				
簽 名				
登錄字號				

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

新光產物保險股份有限公司（下稱本公司）依個人資料保護法（下稱個資法）第8條第1項（如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集目的：

- (一) 財產保險（〇九三）。
- (二) 人身保險（〇〇一）。
- (三) 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、蒐集個人資料之類別：

包括但不限於姓名、身分證統一編號（護照號碼或居留證號碼）、出生年月日、住址、聯絡方式（電話號碼、行動電話、電子郵件地址）、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，詳如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／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、利用之期間、對象、地區及方式：

(一) 期間：

個人資料蒐集特定目的存續期間、提供金融商品或服務契約期間、因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。

(二) 對象：

1、本（分）公司及本公司海外分支機構、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、中央健康保險局、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。

2、與本公司簽訂契約之保險代理人／保險經紀人及因辦理財產保險相關業務需要之第三方。

3、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關。

除法令規定本公司必須進行之通報作業、提供資料予公務機關或上述因本公司營運作業所需合作之關係企業或廠商外，本公司不會在未獲得您的同意下將您的個人資料提供予任何第三方。

(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3條規定，您就本公司保有您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。

六、您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）：

您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、遲延或無法提供您相關服務或給付。

上開告知事項已公告於本公司官網 <http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-005-588 免付費專線。

101/10/1 公告 102/4/23 修訂