

※請於申請變更項目打「√」

「新光樂遊卡」契約變更申請書

申請日期： 年 月 日

合約編號	要保人姓名	要保人身分證字號	(此欄位必填)
------	-------	----------	---------

要保人資料變更(須請填寫變更後之資料;本契約不接受變更要保人)

要保人姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生日期：_____年_____月_____日

聯絡地址：□□□_____

聯絡電話：行動電話：_____ 住家：() _____ 公司：() _____

電子信箱：_____

保單寄送方式： 紙本保單 電子保單

被保險人資料變更(註1:刪除被保險人僅需填寫其姓名與身分證字號;註2:如被保險人為未滿20歲、心神喪失、精神耗弱或遭禁治產者,請由法定代理人或監護人親簽。)

編號1	被保險人姓名(親簽)	身分證字號	與要保人關係	出生日期
<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 刪除 <input type="checkbox"/> 變更				年 月 日

身故保險金受益人資料(*未指定則為法定繼承人)

姓名	身分證字號	與被保險人關係	聯絡電話/聯絡地址
1.			(同要保人免填)
2.			(同要保人免填)

編號2	被保險人姓名(親簽)	身分證字號	與要保人關係	出生日期
<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 刪除 <input type="checkbox"/> 變更				年 月 日

身故保險金受益人資料(*未指定則為法定繼承人)

姓名	身分證字號	與被保險人關係	聯絡電話/聯絡地址
1.			(同要保人免填)
2.			(同要保人免填)

編號3	被保險人姓名(親簽)	身分證字號	與要保人關係	出生日期
<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 刪除 <input type="checkbox"/> 變更				年 月 日

身故保險金受益人資料(*未指定則為法定繼承人)

姓名	身分證字號	與被保險人關係	聯絡電話/聯絡地址
1.			(同要保人免填)
2.			(同要保人免填)

終止新光樂遊卡合約：

終止合約日期： 年 月 日，終止合約原因：_____

信用卡資料變更(持卡人限要保人本人且填寫變更後之資料)

信用卡別：VISA MASTER JCB 聯合信用卡；發卡銀行：_____

信用卡卡號：_____；信用卡有效期限：西元20____年____月底止

持卡人已詳閱下列注意事項及授權約定事項，對簽帳單暨授權書內容均已充分瞭解，並於下方簽名表示同意：
一、持卡人同意新光產物保險股份有限公司(下稱本公司)負責審核、保管，並自審核通過時起，要保人取得「新光樂遊卡」啟用認證後，始可向本公司約定賠償責任期間。
二、授權人將本授權書送達本公司據以辦理自動扣繳付款作業，並同意本公司於投保完成後，逕行以本授權書所載明之信用卡扣款。
三、有下列各款情形之一者，本授權書之效力自該情形發生之日起終止：(1)發卡機構不同意授權人依指定信用卡繳交保險費予本公司。(2)本授權書指定之信用卡，授權人與發卡機構之信用卡契約終止時。(3)要保人以書面通知本公司終止授權。(4)授權人重新填寫授權書變更本授權書內容時，本授權書效力自新授權書生效後，即行終止。
四、簽訂本授權書後，如繳付保險費之「信用卡」卡號變更、停用或有效期限到期時，授權人應主動以書面通知本公司變更；如未通知變更而致遭發卡機構拒絕給付保險費時，依本授權書及保險契約之相關規定辦理。
五、授權人如因發卡機構代收金額與應繳金額不符時，或對保險費計算、變動有異議者，除依本授權書約定終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力。
六、授權人指定之信用卡不因日後簽名樣式變更而致使本授權關係失其效力。

信用卡授權人暨持卡人 親簽：_____ (須與信用卡背面簽名一致) 日期： 年 月 日

要保人聲明事項

- 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。
- 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：_____ 日期： 年 月 日

收件日期	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