

※本申請書經本公司同意後，將構成保險契約之一部份。

保單號碼： \_\_\_\_\_ 要保人： \_\_\_\_\_ 申請日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所地址	□□□		
聯絡電話	日：( ) _____ 夜：( ) _____ 手機： _____		
保戶服務通知方式	<input type="checkbox"/> 同意採 E-mail 通知。要保人 E-mail： _____ @ _____ <small>※已申請本公司電子化通知者，不論本項是否勾選，一律以最後提供於本公司之 E-mail 信箱進行通知，惟本項 E-mail 欄位如有填寫者，本保單以上述欄位所填寫之 E-mail 為準。本公司以 E-mail 方式進行之保單相關服務項目，請至本公司網站查閱。</small>		
要保人	<input type="checkbox"/> 更換 <input type="checkbox"/> 更名(正)	姓名： _____ <input type="checkbox"/> 身分證統一編號： _____ <input type="checkbox"/> 出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 <small>※更換要保人，請於其他欄說明與被保險人關係(須具保險利益)並重新填寫相關要保文件。(請參續頁注意事項 2)</small>	
被保險人	<input type="checkbox"/> 更名(正)： _____ <input type="checkbox"/> 身分證統一編號： _____ <input type="checkbox"/> 出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	各被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <small>※如勾選是者，請提供影本。</small> 各被保險人目前是否受有監護宣告？..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <small>※如勾選是者，請提供相關證明文件影本。</small>	
職業內容	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人	職業 服務單位： _____ 行業性質： _____ 職業代碼： _____ 詳細工作內容： _____ 職業等級： _____ 兼職 兼職內容： _____ 職業代碼： _____ 職業等級： _____	
受益人	<input type="checkbox"/> 身故保險金 <input type="checkbox"/> 滿期保險金 <input type="checkbox"/> 生存保險金 <input type="checkbox"/> 樂活保險金 <input type="checkbox"/> 祝壽保險金 <small>※1. 請於其他欄詳填：姓名/身分證統一編號/生日/與被保險人關係/順位或分配比例，身故保險金受益人聯絡地址/電話。 2. 身故受益人如係身分別指定或未填寫受益人聯絡地址/電話時，則以要保人最後所留聯絡方式，作為日後身故受益人通知之依據。</small>		
主契約	<input type="checkbox"/> 保額變更為 _____ 元/計畫 <input type="checkbox"/> 繳費年期變更為 _____ 年或 _____ 歲滿期 <input type="checkbox"/> 險種變更為 _____ <small>※外幣保險或投資型保險變更險種，請填寫專用要保書。</small>		
附約變更	<input type="checkbox"/> 加保(請加填健康告知書) <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 變更 <small>※請於其他欄詳填變更內容，如：附約代號/保額/年期/單位別/計劃別。</small>		
繳費方式	首期： <input type="checkbox"/> 金融機構轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 自行繳納 續期： <input type="checkbox"/> 金融機構轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 自行繳納		
繳別	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳		
要保書告知事項	<input type="checkbox"/> 主約被保險人 <input type="checkbox"/> 被保險人二(即要保人) <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女，告知事項第 _____ 項告知為 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <small>※告知為子女者、健康告知為是者，請於其他欄詳填子女姓名、疾病/意外名稱/就診醫院/是否住院/是否手術/就診大約日期。</small>		
投資型保險	保險型態： _____ 型 <input type="checkbox"/> 年金給付開始日：被保險人 _____ 歲 年金保證期間： _____ 年 保險費： <input type="checkbox"/> 同目標保險費 <input type="checkbox"/> 自訂保險費： _____ 元 <input type="checkbox"/> 已瞭解投保商品之重要事項且同意投保 <input type="checkbox"/> 同意溢繳保險費不退還要保人，投入保險費 投資標的變更(比例加總需 100%)： 1. _____ (代號)- _____ % 2. _____ (代號)- _____ % 3. _____ (代號)- _____ % 4. _____ (代號)- _____ % 5. _____ (代號)- _____ %		
保險業招攬人員已出示合格銷售資格證件，且本人填寫本要保書前，已確實詳閱過全球人壽所提供之要保書填寫說明、投保人須知、保險單條款樣本、商品說明書(投資型保險適用)或實物給付說明書(實物給付型保險適用)？ ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他：以上欄位不足填寫或未表列之變更事項，請填寫於此欄。			
<small>本人(要保人、被保險人)已詳細閱讀及瞭解續頁之「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」，並同意全球人壽保險股份有限公司於人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等需要，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。</small>			
要保人簽名：	被保險人簽名：	附約(配偶)被保險人簽名：	法定代理人簽名：
(新)要保人簽名：	附約(子女一)被保險人簽名：	附約(子女二)被保險人簽名：	附約(子女三)被保險人簽名：
本人已親視要保人、被保險人、法定代理人親自簽名，如有不實，本人願負法律責任。			
單位代號/單位受理日期	保險業務員/經紀人/代理人簽名	經代簽署人簽章	



## 注意事項：

1. 為維護您的權益，請勿於空白「新契約承保前內容變更申請書」上簽名。
2. 更換要保人時，請一併重填其他須要保人簽名之投保文件，並請新、舊要保人及被保險人(新要保人與被保險人非同一人時)於本申請書簽名。若新要保人與被保險人非同一人，業務人員亦須重填「業務員核保報告書」。
3. 變更要保人或被保險人姓名(指更名或更正)、生日或身分證統一編號，請檢附身分證明文件影本。變更姓名須請要保人、被保險人於本申請書簽署新、舊姓名。
4. 變更受益人時，若要保人與被保險人非同一人，被保險人亦須簽名同意。受益人如有指定比例分配或順位時，請註明各受益人所分配之比例或順位。
5. 變更主、附約保額或附加附約時，若要保人與被保險人非同一人，被保險人亦須簽名同意。
6. 要保人、被保險人未滿七歲者，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名同意；七歲(含)以上未滿 20 足歲者，由本人及法定代理人簽名。受監護宣告之人或受輔助宣告之人，本申請書須由相關證明文件指定之法定代理人簽名同意；若要保人或被保險人簽名樣式為蓋指印者，須有二位成年見證人簽名。

## 壽險業履行個人資料保護法告知義務內容：

全球人壽保險公司(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。(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
- 二、蒐集之個人資料類別：(一)識別類：1. 辨識個人者：如姓名、職稱、住址、電話、電子郵件地址及其他任何可辨識資料本人者等。2. 辨識財務者：如金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼等。3. 政府資料中之辨識者：如身分證統一編號、統一證號、殘障手冊號碼、證照號碼、護照號碼等。(二)特徵類：1. 個人描述：如年齡、性別、出生年月日等。2. 身體描述：如身高、體重等。3. 習慣：如抽煙、喝酒等。(三)家庭情形：如結婚有無、家庭成員之細節等。(四)社會情況：如所有或具有其他權利之動產或不動產之價值等。(五)財務細節：如收入、所得、資產與投資、負債與支出、外匯交易紀錄、票據信用、保險細節等。(六)健康與其他：如病歷、醫療、健康檢查、醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙手冊證明資料等。(七)其他詳如要保書等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。(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、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：以書面方式行使上述權利(查詢 台端個人資料可另以本公司服務電話及網際網路方式)。
- 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。

