

批單 份數	正本	
	副本	

健康傷害險保單批改申請書

批單號碼

保單號碼	保險期間
要保人	* 聯絡電話
被保險人姓名	批改日期 年 月 日
批改有效期間	自 年 月 日 時 至 年 月 日 時 止

申請批改事項如下：(請於變更項目勾填)

1	<input type="checkbox"/> 補發保單
2	<input type="checkbox"/> 變更地址：□□□□ _____
3	<input type="checkbox"/> 變更被保險人基本資料(須檢附被保險人身分證明文件) _____
4	<input type="checkbox"/> 變更受益人(限傷害保險)(若不為直系親屬，請填寫受益人變更同意書並檢附相關證明文件)
	a <input type="checkbox"/> 法定繼承人 (其順位及應得保險金比例適用民法繼承篇相關規定)
	b <input type="checkbox"/> 指定受益人 身故保險金分配方式：□均分 □按下列序號順位 □比例(請註明比例)
	(1)姓名：_____，身分證字號：_____，關係：_____，比例：_____
	(2)姓名：_____，身分證字號：_____，關係：_____，比例：_____
	(3)姓名：_____，身分證字號：_____，關係：_____，比例：_____
5	<input type="checkbox"/> 保單寄送方式：□紙本 □電子保單(Email)：_____ 行動電話：_____
6	<input type="checkbox"/> 其他：_____

退保解約事項：(請於變更項目勾填)

1	<input type="checkbox"/> 退保解約：原因 _____ (本人已詳閱並充分了解下述【終止保險契約權益相關重要告知事項】)
2	<input type="checkbox"/> 註銷：原因 _____ (本人已詳閱並充分了解下述【終止保險契約權益相關重要告知事項】)
<p>※第 1、2 點如有勾選，請檢附保險單、保險費收據(若無請填寫切結書)、要保人本人(及委託代理人)身分證影本，並請填寫退費方式。</p> <p>◎終止保險契約權益相關重要告知事項</p> <p>為維護您的權益，提醒您務必於終止保險契約前確認已詳閱並充分了解下列重要事項：</p> <p>1. 申請保險契約終止者，自本公司收到要保人書面通知時開始生效。本公司所負之保險責任即行終止，日後若發生任何事故，本公司恕不負任何保險責任。</p> <p>2. 保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。</p> <p>3. 保險契約終止後再投保新保單時，須承擔下列風險：</p> <p>(1) 重新履行告知義務：須對投保新契約當時的體況進行健康告知，契約終止後至再投保新保單前之期間，倘被保險人罹患疾病而未履行健康告知，將可能因違反告知義務致保險公司依保險法第 64 條解除契約。(2) 違反告知義務解除保險契約的除斥期間及健康險的等待期，都要從投保新契約之日起重新計算。在投保健康險之等待期重新計算期間，倘被保險人罹患疾病，恐將無法獲得理賠。(3) 因重新投保時的年齡可能大於投保原契約時的年齡，保險費率可能也會相對提高，且可能因已超過新契約規定之投保年齡或身體健康因素而無法投保；或可能因為新舊契約保障範圍差異致無法獲得理賠等因素而影響您的保障權益。(4) 在投保健康險前倘被保險人已罹患疾病，保險公司可能依保險法第 127 條主張不負給付相關保險金之責任。</p>	
<p>如有退費(限要保人本人)，請勾填下列給付方式：</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 支票退費</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 電匯：戶名：_____ / _____ 銀行 _____ 分行 分行代碼：_____ 帳號：_____ (請檢附存摺影本)</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 信用卡刷退：退款至原授權之信用卡(限信用卡繳費，並採全額刷退者適用)</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 改繳，</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> 抵繳，抵繳單號：_____</p>	

批改保險費	NT\$	備註
-------	------	----

切結書
 本批改申請書之要保人：_____，向泰安產物保險股份有限公司投保，因不慎遺失應繳回之文件：保險單 保險費收據，爾後如因此發生任何權益糾紛，概由立切結書人負全部責任，特此證明。
 此致 泰安產物保險股份有限公司
 立切結書人：_____ 中華民國 年 月 日

要保人簽章：(請親簽正楷中文全名，公司行號請蓋公司大小章)	被保險人簽章：(請親簽正楷中文全名，若為未滿 7 足歲請法定代理人代簽名)	法定代理人簽名：(若受/被保險人未滿 20 足歲請法定代理人簽名)
申請日期： 年 月 日	申請日期： 年 月 日	申請日期： 年 月 日

填寫說明
 1. 申請變更姓名、出生年月日或身分證統一編號者，請檢附身分證影本或戶口名簿影本。
 2. 申請變更受益人，請載明變更後受益人與被保險人之關係，並應取得被保險人同意並簽名。
 3. 受益人如按比例分配或順位分配時，請註明各受益人所分配之比例或順位；若未勾選分配方式，由所有受益人以平均分配方式辦理，惟不包括身故受益人有指定法定繼承人之情形。
 4. 本申請書係保險契約的構成部份，各項資料之填寫及告知請以正楷填寫。
 5. 本申請書填寫時如有塗改時，請於塗改處簽名，如未簽名者，請重新填寫申請書辦理。

收件	初核	核定	經手代號	業務來源	保險代理人/經紀人簽署章	業務員簽名	業務員登錄證字號
----	----	----	------	------	--------------	-------	----------

★要、被保險人務必簽名

批單	正本	
份數	副本	

健康傷害險保單批改申請書(信用卡專用)

批單號碼

保單號碼	保險期間
要保人	* 聯絡電話
被保險人姓名	批改日期 年 月 日
批改有效期間	自 年 月 日 時 至 年 月 日 時 止

【自然人信用卡刷卡單暨聲明書】

信用卡號碼： □□□□—□□□□—□□□□—□□□□

信用卡期限：至西元□□□□年□□月

持卡人身份證字號：□□□□□□□□□□

1. 持卡人為：要保人 被保險人 受益人(若為法定繼承人請填寫2.)

2. 持卡人若非上述關係者，請勾選下列關係，並檢附身分證明文件(身分證影本或戶口名簿等相關文件)：

配偶 父母/子女 兄弟姊妹 (外)祖父母/孫子女

保險費金額： _____ 萬 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 整(請填大寫金額)

(依據金融監督管理委員會109年8月14日金管保壽字第1090425855號函規定，如 **非要保人、被保險人或受益人須檢附關係證明文件**)

本卡限支付首期保費時請勾選；本卡限支付首期+續期保費時請勾選

持卡人親自簽名(請與信用卡背面之簽名樣式相同)	要保人親自簽名(請與要保書簽名樣式相同)
-------------------------	----------------------

【法人信用卡刷卡單暨聲明書】

信用卡號碼： □□□□—□□□□—□□□□—□□□□

信用卡期限：至西元□□□□年□□月

持卡人身份證字號：□□□□□□□□□□

保險費金額： _____ 萬 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 整(請填大寫金額)

持卡人為：負責人 員工

請檢附相關證明文件(工商登記、名片或識別證)

本人及持卡人所填具資料及出具之證明文件真實無訛，如有不實，本人及持卡人均願負相關法律責任；如致貴公司受有損害，本人及被授權人均願負損害賠償責任。

此致 泰安產物保險股份有限公司

本卡限支付首期保費時請勾選；本卡限支付首期+續期保費時請勾選

說明事項：
 本公司係依據中華民國109年8月14日金融監督管理委員會金管保壽字第1090425855號函「強化保險業透過信用卡或金融機構轉帳扣繳收取保險費之身分驗證機制」第貳點第二項第三款：「授權人為法人、法人負責人或該企業員工，以所檢附關係文件做為檢核。」之規定，請台端出具本授權書。

持卡人親自簽名(請與信用卡背面之簽名樣式相同)	要保人簽章(請蓋公司大小章)
-------------------------	----------------

【信用卡扣繳授權書約定條款】

1. 立授權書人(下稱本人)同意自泰安產物保險股份有限公司〔以下簡稱貴公司〕同意承保後，以本信用卡支付本期或續期(保)應繳付之保險費予貴公司，如因授權書內容填寫錯誤或其他原因致無法代扣保費，本授權書效力立即終止，但得補正之情形不在此限。若信用卡因故損毀、掛失，或有效期間屆滿等原因而製作新卡，本授權書對新卡仍具效力；信用卡卡號因此變更者，本人同意立即通知貴公司，本授權書之效力繼續有效，以利保險費之收取。本授權書之記載事項係依相關法令辦理。

2. 本公司因保險業務之經營及執行需蒐集、處理或利用上述台端之個人資料，對於所填寫之資料，悉依「個人資料保護法」相關規範辦理，若有任何問題請洽詢本公司0800-012-080 免付費專線。

3. 依據金融監督管理委員會109年8月14日金管保壽字第1090425855號函規定，保險業透過信用卡收取保險費，將由收單機構或透過財團法人聯合信用卡處理中心協助檢核授權人之身分證統一編號與持卡人身分證統一編號是否一致。另若消費者有信用卡誤扣他人保險費疑義，銀行將依循爭議帳款處理機制。

收件	初核	核定	經手代號	業務來源	保險代理人/經紀人簽署章	業務員簽名	業務員登錄證字號

★持卡人、要保人務必簽名

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

泰安產物保險股份有限公司(以下簡稱本公司)依據個人資料保護法(以下簡稱個資法)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) 財產保險(0九三)。
- (二) 人身保險(00一)。
- (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、蒐集之個人資料類別:

識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、教育程度及其他專業、受僱情形、財務細節等,包含要保人、被保險人、受益人、或責任險第三人之姓名、身分證字號、出生年月日、護照號碼、婚姻、家庭、教育、職業、病歷、醫療、健康檢查、聯絡方式、財務狀況等資料及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料。

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、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、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:

以書面或其他日後可供證明之方式。

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。