



受益人變更申請書

| | | | | | | |
|------|-------------|--------|------------------|------|-----|---|
| 保單號碼 | ULD1000000 | 要保人 | 陳鐵塔 | 被保險人 | 陳鐵塔 | 本人同意左欄行動電話及電子郵件信箱變更為本申請書保單號碼之行動電話及電子郵件信箱。 |
| 行動電話 | 09XXXXXX456 | 電子郵件信箱 | Paris888@xxxxxxx | | | |

茲向法國巴黎人壽申請變更上述保單號碼之保險契約內容，本申請書需經 貴公司同意後以批註方式或重製保單始生效力，其契約內容變更如下：

| | | | | | | |
|-------|--|---|----------|---|---------|--|
| 保險金種類 | <input type="checkbox"/> 身故保險金受益人 <input type="checkbox"/> 滿期/祝壽保險金受益人(詳第二頁後注意事項 1.2.3 說明) | | | | | |
| 1 | 受益人姓名 | 身分證字號 | 出生日期 | 國籍 | 與被保險人關係 | 分配方式(若未勾選，則視為指定「均分」) |
| | 艾巴黎 | A200000000 | 55/10/01 | <input checked="" type="checkbox"/> 台灣 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 配偶 | <input checked="" type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 第_____順位 <input type="checkbox"/> 比例_____% |
| | 受益人聯絡電話/地址 | <input type="checkbox"/> 同要保人最後留存之通訊地址/電話 <input type="checkbox"/> 另指定如下(請詳述) <input type="checkbox"/> 不同意提供 地址：_____ 電話：_____ | | | | |
| 2 | 受益人姓名 | 身分證字號 | 出生日期 | 國籍 | 與被保險人關係 | 分配方式(若未勾選，則視為指定「均分」) |
| | 陳大巴 | B100000000 | 75/10/01 | <input checked="" type="checkbox"/> 台灣 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 父子 | <input checked="" type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 第_____順位 <input type="checkbox"/> 比例_____% |
| | 受益人聯絡電話/地址 | <input type="checkbox"/> 同要保人最後留存之通訊地址/電話 <input type="checkbox"/> 另指定如下(請詳述) <input type="checkbox"/> 不同意提供 地址：_____ 電話：_____ | | | | |
| 3 | 受益人姓名 | 身分證字號 | 出生日期 | 國籍 | 與被保險人關係 | 分配方式(若未勾選，則視為指定「均分」) |
| | 陳小巴 | C100000000 | 77/10/03 | <input checked="" type="checkbox"/> 台灣 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 父子 | <input checked="" type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 第_____順位 <input type="checkbox"/> 比例_____% |
| | 受益人聯絡電話/地址 | <input type="checkbox"/> 同要保人最後留存之通訊地址/電話 <input type="checkbox"/> 另指定如下(請詳述) <input type="checkbox"/> 不同意提供 地址：_____ 電話：_____ | | | | |
| 4 | 受益人姓名 | 身分證字號 | 出生日期 | 國籍 | 與被保險人關係 | 分配方式(若未勾選，則視為指定「均分」) |
| | | | | <input type="checkbox"/> 台灣 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 第_____順位 <input type="checkbox"/> 比例_____% |
| | 受益人聯絡電話/地址 | <input type="checkbox"/> 同要保人最後留存之通訊地址/電話 <input type="checkbox"/> 另指定如下(請詳述) <input type="checkbox"/> 不同意提供 地址：_____ 電話：_____ | | | | |
| 5 | 受益人姓名 | 身分證字號 | 出生日期 | 國籍 | 與被保險人關係 | 分配方式(若未勾選，則視為指定「均分」) |
| | | | | <input type="checkbox"/> 台灣 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 第_____順位 <input type="checkbox"/> 比例_____% |
| | 受益人聯絡電話/地址 | <input type="checkbox"/> 同要保人最後留存之通訊地址/電話 <input type="checkbox"/> 另指定如下(請詳述) <input type="checkbox"/> 不同意提供 地址：_____ 電話：_____ | | | | |

※如未指定或不同意提供受益人聯絡地址電話，則以要保人最後所留聯絡方式為受益人之通知依據。

※變更之受益人倘非指定為被保險人之配偶、法定繼承人或直系親屬時，請於【補充說明】欄位說明原因。

| | |
|------|--|
| 補充說明 | |
| 其他變更 | |

※聲明事項：本申請書所有簽名部分確由當事人本人親自簽章屬實無誤，如有虛偽不實，簽名人願負法律上應負之責任。

要保人簽名： 陳鐵塔 被保險人簽名： 陳鐵塔 申請日期：民國 112 年 12 月 18 日
(為維護您的權益，請勿於空白的申請書上簽章)
※法定代理人/監護人/輔助人欄：
(1.如要保人或被保險人未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/輔助人代簽 2.如要保人或被保險人未成年者/有監護人或輔助人者，則法定代理人/監護人/輔助人須簽名)
法定代理人/監護人/輔助人親簽： 陳大巴 身分證字號： A100000001 關係： 父子
出生日期：民國 50 年 10 月 10 日 連絡電話： 09XXXXX789 國籍： 台灣

| | | |
|---|---------|------------|
| 送件銀行/業務單位： _____ 分行/分支機構： _____ 送件單位受理/流水編號： _____ | 送件單位填寫欄 | 保經(代)簽署人蓋章 |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 如符合上述身份者，請特別加簽+加填(法定代理人/監護人/輔助人簽名+填身分證字號&出生年月日&關係&國籍。) (M) (M) 不生效力) </div> | | |

本公司同意本保單契約內容做如上之變更，且變更後之保單內容自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起生效。
已核對簽名無誤 承辦 覆核



法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司 履行個人資料保護法告知義務通知書

法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱「本分公司」)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、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:

依據法務部公告「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」,包括人身保險(00一)、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)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(0六三)、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)、遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)及金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)。

二、蒐集之個人資料類別:(本分公司蒐集個人資料類別如下,細節請詳如相關業務申請書或契約書內容)

- (一) 識別類(如姓名、電話、金融機構帳戶或信用卡號碼、身分證統一編號或統一證號或護照號碼、稅務識別碼等)
- (二) 特徵類(如年齡、性別、出生年月日、國籍/稅務居民身分等)
- (三) 家庭情形(如要保人與被保險人之關係、受益人與被保險人之關係、保險費自動轉帳暨信用卡代繳授權人與要保人/被保險人之關係等)
- (四) 社會情況(如住所地址、財產資料、工作許可文件、居留證明文件、個人嗜好等)
- (五) 受僱情形(如僱主名稱、工作職稱、薪資與繳稅情形等)
- (六) 教育、考選、技術或其他專業(如學歷資格、職業專長等)
- (七) 財務細節(如總收入、總所得、淨資產、貸款、財務交易紀錄、保險細節、股東個人與法人客戶間的投資關係等)
- (八) 商業資訊(如經營商業之種類等)
- (九) 健康與其他(如病歷、醫療、健康檢查、健康紀錄、診斷紀錄等)
- (十) 其他各類資訊(如無法歸類之信件、檔案及其他合於營業項目之特定目的所須蒐集個人各項資料、其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容等)

三、個人資料之來源(經本分公司間接取得之個人資料者適用):

- (一) 要保人/受益人
- (二) 當事人之法定代理人、輔助人
- (三) 各醫療院所
- (四) 於本分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、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、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(分)公司合作推廣保險契約之保險代理人/保險經紀人及與本(分)公司合作辦理銀行保險業務之銀行、與本公司有再保業務往來之公司、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者、依國內外法令規定處理利用之機構、依國內外法令之有權機關、金融監理機關或稅務機關(含美國聯邦政府財政部及美國國稅局)、國內主管機關及主管機關將資料轉交至台端所屬稅務居民國之稅務機關、其他 台端所同意之對象。
- (三) 地區:上述對象所在地區。
- (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,台端就本分公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:

- (一) 得向本分公司行使之權利:
 1. 向本分公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 2. 向本分公司請求補充或更正。
 3. 向本分公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二) 行使權利之方式: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(經本分公司直接取得之個人資料者適用):

台端若未能提供相關個人資料時,本分公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此可能婉謝辦理、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

七、本分公司有權修訂本告知義務通知書,並於修訂後以言詞、書面、電話、簡訊、電子郵件、傳真、電子文件、網站公告或其他足以使台端知悉或可得知悉之方式告知台端修訂要點。

註:本分公司已履行上開告知義務,並將告知書內容與相關業務申請書或保險契約相關申請文件合併列印提供予 台端。

注意事項

1. 變更後受益人與被保險人應具保險利益關係,請填寫與被保險人之關係;**契約變更之受益人倘非指定為被保險人之配偶、法定繼承人或直系親屬【(外)祖父母-父母-子女】時,請於【補充說明】欄位說明原因(保全單位得視情況要求提供合理性證明文件)。**
2. 變更受益人為多人時,請註明分配比例或順位,倘未註明比例或順位,則以平均分配。如指定順位者,需於姓名前註明第幾順位,如:第一順位某甲、第二順位某乙。
3. 人壽保險之死亡給付及年金保險之確定年金給付於被保險人死亡後給付於指定受益人者,依保險法第一百十二條規定不得作為被保險人之遺產,惟如涉有規避遺產稅等稅捐情事者,稽徵機關仍得依據有關稅法規定或稅捐稽徵法第十二條之一所定實質課稅原則辦理。
4. 本申請如有塗改,請於塗改處簽名,如未簽名者,請重新填寫申請書辦理。
5. 本公司將抽樣對保戶進行電話訪問,確認申請內容,並於必要時得修正以上之規定。
6. 受益人若為外籍人士身分證字號請填寫護照號碼。