

會員編號： C 主會員(要保人)： _____ 主會員 ID： _____

- ◎ 本約定變更申請，請由主會員填寫並親自簽章確認；如為增加附屬會員，另需由附屬會員親自簽章。
- ◎ 主會員(要保人)不得變更為他人，若需變更原約定書上之個人資料，需檢附身份證明文件影本。
- ◎ 以下欄位僅需填寫欲變更之欄位，並經凱基人壽受理變更同意完成始生效力；未填寫之內容視同本次變更前之約定。

一、主會員基本資料變更

住址(聯絡地址)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		電子信箱(Email)
收據地址	<input type="checkbox"/> 同上，或 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
電子保單	<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 取消申請	<ul style="list-style-type: none"> ● 勾選申請時，請務必填寫電子信箱(Email)及行動電話，凱基人壽將以主會員於本變更申請書填寫之電子信箱(Email)及行動電話寄發電子保單領取通知各項訊息；接獲領取電子保單通知時，請至凱基人壽企網會員專區完成身分認證後下載電子保單。 ● 勾選取消申請或本公司因特殊狀況無法提供電子保單時，以實體紙本保單提供。 	
聯絡電話	() _____	行動電話(簡訊)	傳真 () _____
身故受益人： _____ 關係： _____ 聯絡地址及電話： _____			
<small>*身故受益人有二位(含)以上時，請註明保險金給付方式，若未註明則視為均分方式</small>			

二、附屬會員(直系親屬)基本資料變更

請 <input checked="" type="checkbox"/> 示變更作業	關係	附屬會員姓名(親簽)	身分證字號	出生年月日	身故/喪葬費用保險金受益人 <input type="checkbox"/> 法定繼承人；未勾選時請詳填於下			
					姓名	關係	分配方式 <small>□均分□順位□比例</small>	聯絡地址及電話
<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 變更								
<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 變更								
<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 變更								
<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 變更								

- ◎ 增加附屬會員時，附屬會員若為未滿 7 足歲或受監護宣告者，由法定代理人或監護人代為簽名；7 足歲(含)以上/受輔助宣告者，請由本人親自簽名。要保人/被保險人未成年、受監護宣告或受輔助宣告者，需法定代理人/監護人/輔助人簽名及填寫關係。

請法定代理人/監護人/輔助人簽署： _____ 關係： _____

- ◎ 增加附屬會員時，該附屬會員(被保險人)是否已審閱「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」?.....是 否
- ◎ 指定以被保險人之法定繼承人為本契約身故保險金受益人者，其受益順序適用民法第一千一百三十八條規定，其受益比例除契約另有約定外，適用民法第一千一百四十四條規定。
- ◎ 身故保險金受益人如係分別之指定或要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話時，則以要保人最後所留存於本公司之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

三、主會員信用卡繳付保險費授權資料 (以下欄位均需完整填寫)

發卡銀行、信用卡卡號、有效期限變更

卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB	卡號： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> - <input type="text"><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></input></input>	主會員信用卡授權簽名 (須與信用卡背面之簽名樣式相同)
發卡銀行： _____ <small>(不受理郵政 VISA 金融卡)</small>	有效期限(西元) __ __月/20 __ __年	

僅變更原信用卡簽名樣式

變更(前)簽名樣式： _____	變更(後)簽名樣式： _____
------------------	------------------

四、其他變更事項： 補發會員手冊 補發會員卡 終止合約；或 _____

五、主會員聲明事項及簽署欄

- 茲申請變更「卡安心旅行平安險專案約定暨信用卡授權約定」變更內容如上，本申請書需經凱基人壽受理並同意後，副本一份回執主會員(要保人)收執，並構成嗣後辦理電話投保旅行平安險保險契約內容之一部份。
- 主會員(要保人)同意於凱基人壽未接獲本變更申請書時、或未經承辦單位審核受理完成前，變更之內容無效。
- 主會員(要保人)及附屬會員之權利及義務，以本專案會員約定條款及信用卡付款授權條款為準，若變更之內容與原約定條款不符時，則本變更內容無效。

主會員簽名： _____

申請日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

六、保險公司專用欄

經攬單位： _____ 招攬人員簽名： _____ 登錄證字號/執業證號： _____	保經/保代公司簽章： _____	承辦單位受理欄： 11312 版
---	------------------	-------------------------------------

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

凱基人壽保險股份有限公司(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、第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

- (一)〇〇一 人身保險
- (二)〇四〇 行銷
- (三)〇五九 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
- (四)〇六九 契約、類似契約或其他法律關係事務
- (五)一三六 資(通)訊與資料庫管理
- (六)一五七 調查、統計與研究分析
- (七)一八一 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)姓名
- (二)身分證統一編號
- (三)地址等聯絡方式
- (四)病歷、醫療、健康檢查
- (五)財務狀況
- (六)聲音、影像檔案
- (七)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式：

- (一)期間：本保險契約之有效期間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、臺灣網路認證(股)公司及其合作之電信業者、內政部戶政司、業務委託機構、本公司所屬金融控股公司及其子公司(包括但不限於與本公司共同行銷或交互運用客戶資料者)及其委外單位、與本公司合作推廣 台端保險契約之保險代理人/保險經紀人(含兼營保險代理人/保險經紀人業務之銀行)、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、以及本公司為踐行台端身分驗證之機關/機構。
- (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。

四、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：書面。

五、台端不提供個人資料所致權益之影響：

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、遲延或無法承保。

