

保單號碼：	要保人：	被保險人：	
要保人身分證字號：	電話：(日) _____ (夜) _____ (手機) _____		
保險期間：自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時起至民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時止，共 _____ 天			
變更通訊地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____			
E-MAIL : _____ @ _____ (請以正楷書寫)			
申請契約變更項目(請勾選變更項目。若有塗改，請要保人於該處簽名或蓋章。)	壹. <input type="checkbox"/> 被保險人資料變更： <input type="checkbox"/> 身分證字號變更：_____ <input type="checkbox"/> 出生年月日變更：_____		
	貳. <input type="checkbox"/> 旅遊期間變更：(時間請以 24 小時制填寫) 變更後保險期間自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時起至民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時止，共 _____ 天 (*縮短保期須於行程結束前送達本公司受理同意；延長保期須於保險期間結束前送達本公司受理同意)		
	參. <input type="checkbox"/> 旅遊人數變更：(姓名請以正楷填寫) 原人數：_____ 位，變更後人數：_____ 位 取消人數之姓名：_____		
	增加人數之姓名：_____		
	肆. <input type="checkbox"/> 取消保單 (保險期間已開始者，不得申請取消)		
	伍. <input type="checkbox"/> 身故保險金受益人變更(限親屬)： ※若超過一人且未註明給付比例或順位，以均分方式辦理。		
	姓 名	身分證字號	與被保險人關係
			<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 (請加註序號)
			電 話
			聯 絡 地 址
※身故受益人若非為配偶、直系親屬、法定繼承人，或其順位及應得比例非適用民法繼承編規定者，請說明原因：_____			
陸. <input type="checkbox"/> 契變原因/其他事項(請說明壹~肆項變更原因)： _____			
要保人簽名：_____ (中文簽名) 被保險人簽名：_____ (中文簽名)			
<small>注意事項:1. 本人確認已收受貴公司提供之「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。 2. 七歲(含)以上之被保險人請親簽 3. 身故保險金受益人如係身分之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所保留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。 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： 申請保險契約終止者，自本分公司收到要保人書面通知並依約定之終止日期開始生效。本分公司所負之保險責任即行終止，日後若發生任何事故，本分公司恕不負任何保險責任。</small>			
法定代理人簽名：_____ (中文簽名)		申請日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日	
<small>(未滿七歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名；七歲(含)以上未滿二十歲者，請法定代理人簽名確認。)</small>			
業務人員/日期	保經代簽署人/日期	登錄證字號	
批註欄(保險公司人員使用，請勿填寫)			
美商安達產物保險公司同意：上述保單契約內容變更自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日生效。變更後保費調整為新台幣 _____ 元整。 <input type="checkbox"/> 應補繳保費新台幣 _____ 元整。 <input type="checkbox"/> 應退款保費新台幣 _____ 元整。			
經辦單位(保險公司)			
收訖章/日期	經辦人員/日期	核保人員/日期	
		覆核人員/日期	
備註說明：			

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司（以下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）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（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、蒐集之個人資料類別：

（一）姓名；（二）身分證統一編號；（三）聯絡方式；（四）其他：詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料來源（個人資料非由當事人提供，而為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、地區及方式：

（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、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：以書面或客服專線（0800-339-899）通知本公司。

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。

受告知人：_____（簽章）

中 華 民 國 年 月 日

註：本公司履行上開告知義務，不限書面或取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。