

客戶基本資料內容變更申請書

身分證字號/ 居留證字號(必填)									
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

一、ID 歸戶辦理變更(同一人全部保單辦理變更)

住所地址變更	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____
※要、被保人身份之全部保單辦理變更(不包含已失效之保單)	
姓名變更 (簽樣卡變更請臨櫃辦理)	變更前姓名：_____ 變更為：_____ 【申請人親自簽名】
國籍變更	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他 _____

二、個別保單辦理變更(不包含已失效之保單)

保單號碼									
住所地址變更	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
	縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____								
其他保單號碼/備註	(若有多件保單同時申請住所地址變更，請將其他保單號碼填入本欄)								

注意事項

- 申請變更之保險契約內容及注意事項均經申請人確認，如有虛偽、不實或不盡之情事者，概由申請人本人負責。
- 本次變更之申請，自國泰人壽審核並完成變更作業之翌日零時起發生效力。
- 以 ID 歸戶辦理「姓名變更」者，將變更申請人留存於國泰人壽所有保險契約相關資料之姓名(包括但不限於要保人、被保險人、受益人資料、線上服務、ATM 保單貸款、電話保單貸款、指定匯撥帳號)，另指定匯撥帳號戶名變更者，應由申請人至約定行庫辦理。
- 以 ID 歸戶辦理「住所地址變更」者，將變更申請人留存於國泰人壽所有保險契約相關資料之住所地址(不包含已失效之保單)。如國泰人壽有須通知申請人之文件，將寄發至申請人最後留存於國泰人壽之地址；除以前述方式通知外，亦得由服務人員轉交相關資料。
- 辦理住所地址變更須填寫明確住(居)所地址，不得填寫郵政信箱。

個人資料保護法告知事項

國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料(包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址、病歷、醫療及健康檢查等資料)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供予國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務據點或利用國泰人壽客服專線，市話請撥打免費專線：0800-036-599，手機請改撥付費電話：02-4128-010 或網路電話(路徑：國泰人壽官網首頁>問題與聯繫客服>聯絡我們>客服電話>點我撥打網路電話)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，國泰人壽將無法提供您完善的服務。

如非本人親臨國泰人壽辦理者，本人同意由本申請書所載之服務人員代為送交予國泰人壽，並得由該服務人員轉送批註書(交易結果)。

【申請人簽名】： _____

(申請人若未滿 7 歲，由法定代理人代簽)

註：供當次業務使用之聯絡電話(手機號碼、市話號碼)，僅供本次申辦業務使用，不視為已向本公司申請變更前項聯絡資料，如需新增或更新聯絡資料需另提出變更申請。

法定代理人/監護人或輔助人 簽名(申請人為未成年/受 監護或輔助宣告者)	關 係	限當次使用聯絡電話註	手機	<input type="checkbox"/> 未使用手機
		住宅(H)	()	
		公司(O)	()	分機

申請人方便電訪時間 (上班日，可複選)	<input type="checkbox"/> 上午 (08:30~10:00)	<input type="checkbox"/> 上午 (10:00~12:00)
	<input type="checkbox"/> 下午 (13:00~15:00)	<input type="checkbox"/> 下午 (15:00~17:30)

申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(以下欄位由國泰人壽人員填寫)

電訪日期： _____ 電訪時間： _____ 電訪電話：() _____

審核單位受理欄		經確實核對要(被)保人資料無誤			經驗明身分確由要(被)保人親自簽章辦理無誤，並已詳盡說明交易內容及保單權益		
覆 核 人 員	經 辦	覆 核 人 員	收 件 客 服	業 務 主 管 覆 核	服 務 人 員 簽 名	電話：() _____	
						手機： _____	
						轄區代號 _____	
						登錄證字號/ID _____	



2000P1



11403 版