

(※請務必勾選)

 旅行險報備系統  馬保件  合約件旅行險  旅行平安保險保單  其他專案 \_\_\_\_\_

要保人： \_\_\_\_\_ 被保險人： \_\_\_\_\_ 等 \_\_\_\_\_ 人

原旅行險保險期間：自民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時起 \_\_\_\_\_ 天。

**本次契約內容變更如下：**

(※終止保險契約重要告知事項：1.申請保險契約終止者，自南山人壽收到要保人書面通知時，開始生效。南山人壽所負之保險責任即行終止，日後若發生任何事故，南山人壽恕不負任何保險責任。2.保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。)

★本次申請契變事項為第4項加保、第7項其他(申辦變更險別、變更要保人)者，請勾選下列保險契約文件審閱確認事項：  
 是  否 要保人於填寫本申請書時，已透過業務員親送、至客服櫃檯親領、傳真、郵寄、網路、電子郵件或其他電子方式等至少其一管道取得南山人壽所提供之「保險契約條款樣本」，且於填寫本申請書前已有1日以內之合理期間審閱所投保保險之保險契約條款樣本全部內容。

 1  延長 /  縮短保險期間 \_\_\_\_\_ 天，經本次契變後，保險天數共計為 \_\_\_\_\_ 天。  
 (本項變更須於原保險期間開始前或保險期間屆滿前提出申請)

 2  取消本次投保(取消投保須於原保險期間開始前提出申請)

 3  退保(退保須於原保險期間開始前提出申請)：

 4  加保(加保須於原保險期間開始前提出申請並完成繳交足額保險費)  如下表所列 或  詳附件，被保險人共計 \_\_\_\_\_ 人

姓名及簽署	身分證統一編號 (外國人填護照號碼)	國籍 (中華民國籍免填寫)	目前是否受 有監護宣告 (註1)	被保險人是否同時或已投保 其他公司旅行平安保險? (未投保者可免填)	主約 投保保額	保險費
		出生年月日	行動電話	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	保險公司名稱/保額： 萬元	元
身故保險金受益人 姓名(註3~5)	身分證統一編號 (外國人填護照號碼)	出生年月日	國籍 (中華民國籍免填寫)	與被保險人關係	聯絡地址及電話 <input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話	
法定代理人姓名及 簽署(註2)	身分證統一編號 (外國人填護照號碼)	出生年月日	國籍 (中華民國籍免填寫)	與被保險人關係	行動電話	

備註(倘身故受益人非被保險人之配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例不適用民法繼承編相關規定者，請於本欄註明原因)：

 註1：倘被保險人受有監護宣告，請提供相關證明文件。  
 註2：被保險人為未滿七足歲者或其他無行為能力人，由法定代理人代為簽署及法定代理人簽署；七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽署。

 ★本次契約變更  應繳 /  應退保險費： 新台幣 \_\_\_\_\_ 元整 ◆本欄資料由業務員填寫  
 ◆實際應收/應退保險費以南山人壽審核核算為準

 5  溢繳或退費請匯入下列指定帳戶(僅原投保時非採信用卡繳費者適用)：  
 帳戶名稱： \_\_\_\_\_ (限匯入要保人帳戶)  
 金融機構名稱： \_\_\_\_\_ 分行： \_\_\_\_\_ 帳號： \_\_\_\_\_


6	<input type="checkbox"/> 聯絡地址變更為： 傳真號碼變更為：_____ 電話號碼變更為：_____																	
7	<input type="checkbox"/> 其他：																	
8	<input type="checkbox"/> 意外身故保險金(喪葬費用保險金)受益人變更如下： <p>註3：倘受益人指定一個人以上，除特別指定比例或順位外，由該項保險金之所有受益人平均分配，惟不包含身故受益人有指定為法定繼承人之情形。                  註4：倘身故受益人指定為法定繼承人者，除經要保人另行指定(請於下方備註欄說明原因)外，該項保險金之順位及應得比例適用民法繼承編相關規定；同時指定法定繼承人及其他人者，應於下方「給付方式」勾選其一，應給付法定繼承人之保險金，仍依本條前段內容辦理。                  註5：身故受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫身故受益人聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後通知身故受益人之依據。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>被保險人姓名</th> <th>身故受益人姓名</th> <th>與被保險人關係</th> <th>身分證統一編號 (外國人填護照號碼)</th> <th>出生年月日</th> <th>國籍 (中華民國籍免填寫)</th> <th>給付方式</th> <th>身故受益人聯絡地址/電話</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> 按填寫順位(請註明順序)  <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話  <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話                 </td> </tr> </tbody> </table> <p>備註(倘身故受益人非被保險人之配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例不適用民法繼承編相關規定者，請於右欄註明原因)</p>		被保險人姓名	身故受益人姓名	與被保險人關係	身分證統一編號 (外國人填護照號碼)	出生年月日	國籍 (中華民國籍免填寫)	給付方式	身故受益人聯絡地址/電話							<input type="checkbox"/> 按填寫順位(請註明順序) <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)	<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話
被保險人姓名	身故受益人姓名	與被保險人關係	身分證統一編號 (外國人填護照號碼)	出生年月日	國籍 (中華民國籍免填寫)	給付方式	身故受益人聯絡地址/電話											
						<input type="checkbox"/> 按填寫順位(請註明順序) <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)	<input type="checkbox"/> 同要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話											

於本申請書簽署之要保人、被保險人、信用卡持卡人同意事項：

- 本人(要保人(單位)/代理人)申請之上述保單契約內容變更，於經貴公司同意後生效之，並同意倘本人未於南山人壽照會期內繳納本次契變應繳保費，本契約內容變更申請書與該應繳保費有關之申請事項，南山人壽得以自始不生效力之方式處理。
- 馬保件/其他專案/旅行險報備系統適用：要保人及信用卡持卡人同意以上述保單投保時所附之保費付款授權書所列信用卡繳付或退還保險費，若上述契約變更內容涉及保險費之變動，而貴公司無法以前述信用卡扣繳保險費時，本契約內容變更申請書自始不生效力。
- 本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本申請書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 本人(被保險人、要保人)同意貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
- 針對以上填寫內容，本人(被保險人、要保人)已充分了解並確認內容正確後親自簽名。

<p align="center"><b>要保人(單位)/代理人簽署</b> (要保人倘為法人/團體請於下欄加蓋大小章)</p> <p><small>※代理投保件之聲明同意事項：要保人同意委託投保代理人向貴保險公司辦理各項契變申請事宜；投保代理人聲明代理全體要保人暨被保險人向貴保險公司辦理各項契變申請事宜，投保代理人知悉並同意將契變文件影印乙份給各要保人留存。                  ※要保人/投保代理人已充分了解並確認填寫內容正確後於本欄簽署。</small></p> <p align="center">申請日期：_____年_____月_____日</p>	<p align="center"><b>要保人之法定代理人簽署</b> (要保人為自然人適用)</p> <p><small>註：倘變更要保人為無行為能力或限制行為能力之自然人，請提供法定代理人之姓名、身分證統一編號(外國人填護照號碼)、出生年月日、國籍、行動電話、法定代理人與要保人關係。</small></p>	<p align="center"><b>信用卡持卡人簽名</b></p> <p align="right"><small>(務必與信用卡簽名相符)</small></p>
--	---	--

**★本次申請契變事項為第 1~3、6~8 項者，請被保險人及其法定代理人於下欄簽署**

<p align="center"><b>被保險人簽署</b></p>	<p align="center"><b>被保險人之法定代理人簽署</b> (如左欄有多名被保險人簽署，請於法定代理人簽章旁加註對應之被保險人姓名)</p>
-------------------------------------	--

倘被保險人為未滿七足歲者或其他無行為能力人，上列被保險人簽署欄位由法定代理人代為簽署及法定代理人簽署；倘被保險人為七歲(含)以上未成人或其他限制行為能力人，則由本人及法定代理人簽署。

倘要保人為自然人且有前述情形，則上列要保人簽署、要保人之法定代理人簽署欄位，亦請參照前述方式簽署。

業務員/保險經紀人/ 保險代理人簽名	業務員代號	業務員登錄字號/ 執業證照編號	聯絡手機/電話	通訊處名稱/代碼 保經/保代簽署章/代碼
-----------------------	-------	--------------------	---------	-------------------------

南山人壽 批註欄	一、本次契約內容變更申請自：民國_____年_____月_____日_____時起生效	承辦人簽署	(日期)
	二、本次契約內容變更申請保險費變動： <input type="checkbox"/> 補收新台幣_____元整 <input type="checkbox"/> 退還新台幣_____元整		
	三、其他_____		

**壽險業履行個人資料保護法告知義務內容(旅行平安保險適用)**

南山人壽保險股份有限公司(下稱本公司)謹依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱並應轉告知各要保人及被保險人：

- 蒐集之目的：**(一)00一人身保險。(二)0六九契約、類似契約或其他法律關係事務。(三)0九0消費者、客戶管理與服務。(四)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。
- 蒐集之個人資料類別：**姓名、身分證統一編號、護照號碼、地址、出生年月日、性別、電話、家庭情形、國籍、家庭其他成員之細節、電子郵件、金融機構帳戶、信用卡號碼、旅行細節、收入、現行之受雇情形、保險細節、團體之會員資格等 台端與本公司業務往來期間所提供或產生任何得以直接或間接方式識別個人之資料，詳如本申請書填載內容及其他因申辦契變而提供之個人資料。
- 個人資料之來源：**(一)要保單位、代理人。(二)台端之法定代理人、輔助人。
- 個人資料利用之期間、對象、地區、方式：**(一)期間：本公司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、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理人公司或保險經紀人公司(透過保險代理人公司或保險經紀人公司投保者)、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、財團法人金融消費評議中心、財金資訊公司、財團法人聯合信用卡中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、台灣票據交換所、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、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。
- 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、利用或請求刪除。(二)行使權利之方式：書面。
- 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，因此可能無法辦理、遲延辦理契約變更或無法提供 台端相關服務。

