



保險金受益人變更暨匯款給付約定書(祝壽/滿期/生存/健康關懷金)

保單號碼	要保人	被保險人
------	-----	------

1.變更「祝壽/滿期/生存/健康關懷金」受益人與匯款給付約定【增加或減少受益人，或變更帳號，皆視為重新指定受益人，請詳列所有受益人資料】

※為遵守法令及因應國際趨勢，爰依我國「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)」及美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」等規定，請受益人協助填寫下列詢問事項，以利本公司進行辨識作業，若受益人身分符合CRS或FATCA所要求進行申報及扣繳對象，本公司將另行通知您協助受益人提供相關身分證明文件，以符合規定。

※提醒您：外幣保單給付帳號若匯入非本公司指定銀行之中華民國境內分行，將依條款所載收取匯款相關費用(本公司指定銀行詳見本公司網站)。

受益人姓名	(一)	(二)
身分證字號		
出生日期	民國____年____月____日	民國____年____月____日
國籍	☐ 中華民國 ☐ 其他：_____	☐ 中華民國 ☐ 其他：_____
與主被保險人關係	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母子女 ☐ 其他：_____	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母子女 ☐ 其他：_____
分配方式	☐ 均分 ☐ 第____順位 ☐ 比例____%	☐ 均分 ☐ 第____順位 ☐ 比例____%
受益人居住地址	☐ 同要保人住所(聯絡地址) 國家： ☐ 中華民國 ☐ 其他國家：_____	☐ 同要保人住所(聯絡地址) 國家： ☐ 中華民國 ☐ 其他國家：_____
受益人聯絡電話	地址：□□□	地址：□□□
匯款帳戶	☐ 郵局，局號：_____帳號：_____	☐ 郵局，局號：_____帳號：_____
【外幣保單請加填英文戶名】	☐ 銀行/農會/漁會/信用合作社 _____分行/分部/辦事處/分社 帳號：_____	☐ 銀行/農會/漁會/信用合作社 _____分行/分部/辦事處/分社 帳號：_____
	英文戶名：_____	英文戶名：_____
出生地	☐ 中華民國 ☐ 美國(含屬地) ☐ 其他國家	☐ 中華民國 ☐ 美國(含屬地) ☐ 其他國家
稅務居民身分	☐ 中華民國 ☐ 美國 ☐ 其他國家或地區	☐ 中華民國 ☐ 美國 ☐ 其他國家或地區
【至少需勾選乙項，可獲選】		

2.填寫應注意事項

- 1.本申請書應於生存/滿期保險金及健康關懷金給付日前六十天送達安聯人壽保險股份有限公司；逾期者則約定自下次保險金給付日始生效力。
- 2.若有下列情形者，自該情形發生之日起六十日內或保險金領取前十個工作日應主動以書面通知本公司進行變更或終止此約定書：
 - (1)受益人結清其匯款帳戶時。
 - (2)受益人所指定之匯款帳戶遭法院查封或因債信等問題而遭凍結帳戶者。
 - (3)受益人如欲變更或終止原匯款帳戶。
 如未盡本通知義務者，如發生法律上之糾紛，本公司不負責任。

3.聲明事項 安聯人壽保險公司(下稱本公司)依據相關法規，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

【我國「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)」及美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」】

一、本人證明，就與本文件所有相關的帳戶，本人是帳戶持有人。

二、本人已審閱、瞭解且同意如下事項：貴公司為(1)相關服務及執行、公司內部控制及稽核業務之需要及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務，(2)遵循「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)」及美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」而蒐集本人的個人資料，並備存本文件所載資料。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，以符合法令規定之利用方式，提供貴公司、國內稅務機關、美國國稅局(IRS)及因以上目的作業需要之第三方處理及利用，國內稅務機關亦可依據國際相關規定而把資料轉交到本人的居住國家或地區的相關主管機關。(您可以至本公司各分支機構或利用本公司客戶服務專線(0800-007-668)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，惟本公司依法令規定或執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，本公司可能因此遲延處理或無法接受申請；且依據FATCA規定，倘客戶未依備辦理，將被列為「不合作帳戶」(Recalcitrant Account)。

三、本人聲明就本人所知所信，本文件內所填報的所有資料和聲明均屬真實、正確、完備且為最新資訊；若與 貴公司既有資料不相符，本人會說明原因、提供相應的證明文據，且同意以本份自我證明文件之內容更新既存資料並作為提供主管機關資料之依據，並承諾，倘情況有所變更，以致影響本文件之資訊，或導致本文件所載的資料不正確，本人會於狀態變更之30日內通知 貴公司並提交一份已適當更新的自我證明。

【個人資料蒐集處理及利用告知書】安聯人壽保險公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下簡稱資法)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—人身保險。(二)〇一—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)識別類(例如姓名、性別、出生年月日、本籍、住址、電話、身分證統一編號)。(二)特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。(三)病歷、醫療、健康檢查。(四)保險契約所需填載及保險契約變更申請所需填載之其他必要事項。

三、個人資料之來源：(一)要保人、被保險人。(二)當事人之法定代理人、輔助人。(三)各醫療院所(四)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、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、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、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：符合法令規定之利用方式。

五、依據資法第三條規定，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。(相關申請表單可洽服務專線 0800-007-668，並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。)

六、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，因此可能延遲承保、契約變更、遲延或無法辦理契約變更。

※履行本告知義務，不限取得當事人簽名，縱無簽名亦不影響告知效力，本公司按告知書內容與保險契約相關文件合併列印方式保全履行告知義務之證明。

4.簽名欄(簽名處不可塗改) ※本人已確實瞭解上述聲明內容之相關權益及注意事項。

要保人簽名：	被保險人簽名：	保險金受益人(一)簽名：	保險金受益人(二)簽名：	法定代理人簽名：
行動電話：	行動電話：	行動電話：	行動電話：	行動電話：
日期：	日期：	日期：	日期：	日期：

【要保人、被保險人未滿 7 足歲/受監護宣告者，由法定代理人/監護人代為簽名；未成年/有監護人或輔助人者，需其法定代理人/監護人/輔助人簽名。】

5.服務人員專用欄

保險業務員/經紀人/代理人簽名：	業務員登錄字號/執業證號：	保代/保經簽署人：
送件人員行動電話：	分行代號/代收區號：	

【本申請書所有簽章部份應為當事人本人簽章，且簽名樣式應與原留存於本公司樣式相符，如有虛偽不符，簽章人應負法律上責任。】





保險金受益人變更暨匯款給付約定書(祝壽/滿期/生存/健康關懷金)

保單號碼	要保人	被保險人
------	-----	------

1.變更「祝壽/滿期/生存/健康關懷金」受益人與匯款給付約定【增加或減少受益人，或變更帳號，皆視為重新指定受益人，請詳列所有受益人資料】

※為遵守法令及因應國際趨勢，爰依我國「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)」及美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」等規定，請受益人協助填寫下列詢問事項，以利本公司進行辨識作業，若受益人身分符合CRS或FATCA所要求進行申報及扣繳對象，本公司將另行通知您協助受益人提供相關身分證明文件，以符合規定。

※提醒您：外幣保單給付帳號若匯入非本公司指定銀行之中華民國境內分行，將依條款所載收取匯款相關費用(本公司指定銀行詳見本公司網站)。

受益人姓名	(一)	(二)
身分證字號		
出生日期	民國____年____月____日	民國____年____月____日
國籍	☐ 中華民國 ☐ 其他：_____	☐ 中華民國 ☐ 其他：_____
與主被保險人關係	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母子女 ☐ 其他：_____	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母子女 ☐ 其他：_____
分配方式	☐ 均分 ☐ 第____順位 ☐ 比例____%	☐ 均分 ☐ 第____順位 ☐ 比例____%
受益人居住地址	☐ 同要保人住所(聯絡地址) 國家： ☐ 中華民國 ☐ 其他國家：_____	☐ 同要保人住所(聯絡地址) 國家： ☐ 中華民國 ☐ 其他國家：_____
受益人聯絡電話		
匯款帳戶	☐ 郵局，局號：_____帳號：_____ ☐ ____銀行/農會/漁會/信用合作社____分行/分部/辦事處/分社 帳號：_____ 英文戶名：_____	☐ 郵局，局號：_____帳號：_____ ☐ ____銀行/農會/漁會/信用合作社____分行/分部/辦事處/分社 帳號：_____ 英文戶名：_____
出生地	☐ 中華民國 ☐ 美國(含屬地) ☐ 其他國家	☐ 中華民國 ☐ 美國(含屬地) ☐ 其他國家
稅務居民身分	☐ 中華民國 ☐ 美國 ☐ 其他國家或地區	☐ 中華民國 ☐ 美國 ☐ 其他國家或地區

2.填寫應注意事項

1. 本申請書應於生存/滿期保險金及健康關懷金給付日前六十天送達安聯人壽保險股份有限公司；逾期者則約定自下次保險金給付日始生效力。
2. 若有下列情形者，自該情形發生之日起六十日內或保險金領取前十個工作日應主動以書面通知本公司進行變更或終止此約定書：
 - (1)受益人結清其匯款帳戶時。
 - (2)受益人所指定之匯款帳戶遭法院查封或因債信等問題而遭凍結帳戶者。
 - (3)受益人如欲變更或終止原匯款帳戶。如未盡本通知義務者，如發生法律上之糾紛，本公司不負責任。

3.聲明事項 安聯人壽保險公司(下稱本公司)依據相關法規，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

【我國「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)」及美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」】

一、本人證明，就與本文件所有相關的帳戶，本人是帳戶持有人。

二、本人已審閱、瞭解且同意如下事項：貴公司為(1)相關服務及執行、公司內部控制及稽核業務之需要及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務，(2)遵循「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)」及美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」而蒐集本人的個人資料，並備存本文件所載資料。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，以符合法令規定之利用方式，提供貴公司、國內稅務機關、美國國稅局(IRS)及因以上目的作業需要之第三方處理及利用，國內稅務機關亦可依據國際相關規定而把資料轉交到本人的居住國家或地區的相關主管機關。(您可以至本公司各分支機構或利用本公司客戶服務專線(0800-007-668)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，惟本公司依法令規定或執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，本公司可能因此遲延處理或無法接受申請；且依據FATCA規定，倘客戶未依備辦理，將被列為「不合作帳戶」(Recalcitrant Account)。

三、本人聲明就本人所知所信，本文件內所填報的所有資料和聲明均屬真實、正確、完備且為最新資訊；若與 貴公司既有資料不相符，本人會說明原因、提供相應的證明文據，且同意以本份自我證明文件之內容更新既有資料並作為提供主管機關資料之依據，並承諾，倘情況有所變更，以致影響本文件之資訊，或導致本文件所載的資料不正確，本人會於狀態變更之30日內通知 貴公司並提交一份已適當更新的自我證明。

【個人資料蒐集處理及利用告知書】安聯人壽保險公司(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—人身保險。(二)〇一—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)識別類(例如姓名、性別、出生年月日、本籍、住址、電話、身分證統一編號)。(二)特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。(三)病歷、醫療、健康檢查。(四)保險契約所需填載及保險契約變更申請所需填載之其他必要事項。

三、個人資料之來源：(一)要保人、被保險人。(二)當事人之法定代理人、輔助人。(三)各醫療院所(四)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、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、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、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：符合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：書面。(相關申請表單可洽客服專線 0800-007-668，並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。)

六、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，因此可能影響承保、契約變更、遲延或無法辦理契約變更。

※履行本告知義務，不限取得當事人簽名，縱無簽名亦不影響告知效力，本公司告知書內容與保險契約相關文件合併列印方式保全履行告知義務之證明。

4.簽名欄(簽名處不可塗改) ※本人已確實瞭解上述聲明內容之相關權益及注意事項。

要保人簽名：	被保險人簽名：	保險金受益人(一)簽名：	保險金受益人(二)簽名：	法定代理人簽名：
行動電話：	行動電話：	行動電話：	行動電話：	行動電話：
日期：	日期：	日期：	日期：	日期：

【要保人、被保險人未滿7足歲/受監護宣告者，由法定代理人/監護人代為簽名；未成年/有監護人或輔助人者，需其法定代理人/監護人/輔助人簽名。】

5.服務人員專用欄

保險業務員/經紀人/代理人簽名：	業務員登錄字號/執業證號：	保代/保經簽署人：
送件人員行動電話：	分行代號/代收區號：	

【本申請書所有簽章部份應為當事人本人簽章，且簽名樣式應與原留存於本公司樣式相符，如有虛偽不符，簽章人應負法律上責任。】

