安聯人壽保險股份有限公司
Allianz Taiwan Life Insurance Company Ltd.
110台北市信義區信義路五段100號5樓　服務專線：0800 007 668

流水編號：E20241609688
（本申請書不得影印使用）

Allianz 安聯人壽

要保人地址／電話／電子郵件信箱變更專用申請書

【填寫前請先閱讀注意事項】

1. 各項變更文件，以送達安聯人壽保險股份有限公司台北總公司為受理開始，當日文件需於每日下午3：00前送達則視當日為收到申請文件申請之日，逾時則視為次一工作日為收到文件申請之日。
2. 為維護　貴保戶之權益，請勿於空白之契約內容變更申請書上簽章；同一份契約變更文件所填寫之各項變更申請，均應視為「同一次」申請。故若有部分變更項目不符作業規則而無法辦理時，該份契約變更文件將整份退件無法受理，該次申請不生變更之效力。

保單號碼		要保人	

1. 地址／電話／電子郵件信箱變更

(請務必填寫一筆保單號碼以利作業)

※□(請勾選)約定一併變更要保人全部有效及停效保單之地址／電話／電子郵件信箱。

要保人住所（聯絡地址）	郵遞區號□□□＿＿＿＿縣/市＿＿＿＿鄉/鎮/區/市 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	
要保人戶籍地址	郵遞區號□□□＿＿＿＿縣/市＿＿＿＿鄉/鎮/區/市 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	
聯絡電話	(　　)	(　　)
行動電話		
電子郵件信箱	(請填寫工整，數字0請寫Ø，英文字母請以大寫書寫。)	

2. 壽險業履行個人資料保護法告知書

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)００一人身保險。(二)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)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：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：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，因此可能婉謝承保、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，縱無簽署亦不影響告知效力，本公司採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。

3. 簽名欄(簽名處不可塗改)※本人已詳閱「壽險業履行個人資料保護法告知書」，確實瞭解該告知內容之相關權益及注意事項。

未滿7足歲/受監護宣告者，由法定代理人/監護人代為簽名	要保險人為未成年/有監護人或輔助人者，需其法定代理人/監護人/輔助人簽名
要保人簽名： 行動電話： 申請日期：＿＿年＿＿月＿＿日	法定代理人/監護人/輔助人簽名： 行動電話： 申請日期：＿＿年＿＿月＿＿日

4. 服務人員專用欄

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

【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】