



保險金分期給付選擇變更申請書

【填寫前請先閱讀注意事項】

1. 增加或減少受益人，或變更相關受益人資料，皆視為重新指定受益人，請詳列所有受益人資料，並約定保險金分期給付選擇。
2. 「指定保險金」僅適用身故保險金、完全失能保險金及滿期保險金，其他保險金(如喪葬費用保險金、祝壽保險金、生存保險金及特定傷病或特定癌症保險金)皆不適用保險金分期給付之選擇。
3. 分期定額保險金給付期間最高十年，已屆十年而仍有餘額者，本公司將於第十年給付所有餘額。

保單號碼	要保人	被保險人
------	-----	------

1. 身故保險金或喪葬費用保險金受益人

電訪被保險人聯絡電話：

【辦理受益人變更時，本公司將抽樣電訪被保險人】

姓名/身分證字號/出生日期/國籍/住所(聯絡地址)/聯絡電話		與被保險人關係	受益順位或比例	保險金分期給付選擇 未勾選擇，視為不選擇分期給付		
				指定保險金 (保險金之比例)	給付頻率	定額給付方式
姓名	民國 年 月 日			☐ 100% ☐ ____ %	☐ 年給付 ☐ 月給付	☐ 每年定額給付指定保險金之十分之一(給付頻率若勾選月給付時，前述定額給付金額須再除以12) ☐ 每期給付____元(保單幣別)
國籍	身分證字號					
住所(聯絡地址)： 聯絡電話：						
姓名	民國 年 月 日			☐ 100% ☐ ____ %	☐ 年給付 ☐ 月給付	☐ 每年定額給付指定保險金之十分之一(給付頻率若勾選月給付時，前述定額給付金額須再除以12) ☐ 每期給付____元(保單幣別)
國籍	身分證字號					
住所(聯絡地址)： 聯絡電話：						
姓名	民國 年 月 日			☐ 100% ☐ ____ %	☐ 年給付 ☐ 月給付	☐ 每年定額給付指定保險金之十分之一(給付頻率若勾選月給付時，前述定額給付金額須再除以12) ☐ 每期給付____元(保單幣別)
國籍	身分證字號					
住所(聯絡地址)： 聯絡電話：						

☐ 本人(要保人)不同意填寫身故保險金或喪葬費用保險金受益人之住所(聯絡地址)及電話。

※身故保險金或喪葬費用保險金受益人如指定法定繼承人或要保人不同意填寫該受益人之住所(聯絡地址)及電話，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為身故保險金或喪葬費用保險金受益人之通知依據。

2. 祝壽/滿期及生存金受益人

姓名/身分證字號/出生日期/國籍/住所(聯絡地址)/聯絡電話/帳戶資料		與被保險人關係	受益順位或比例	保險金分期給付選擇 未勾選擇，視為不選擇分期給付		
				指定保險金 (保險金之比例)	給付頻率	定額給付方式
姓名	民國 年 月 日			☐ 100% ☐ ____ %	☐ 年給付 ☐ 月給付	☐ 每年定額給付指定保險金之十分之一(給付頻率若勾選月給付時，前述定額給付金額須再除以12) ☐ 每期給付____元(保單幣別)
國籍	身分證字號					
住所(聯絡地址)： 聯絡電話：						
受款人英文名稱： 銀行 分行，帳號：						
姓名	民國 年 月 日			☐ 100% ☐ ____ %	☐ 年給付 ☐ 月給付	☐ 每年定額給付指定保險金之十分之一(給付頻率若勾選月給付時，前述定額給付金額須再除以12) ☐ 每期給付____元(保單幣別)
國籍	身分證字號					
住所(聯絡地址)： 聯絡電話：						
受款人英文名稱： 銀行 分行，帳號：						

【請續填下頁事項，本申請書共2頁需同時送件，缺頁將不受理。】



PG06111101

PG06111101

保險金分期給付選擇變更申請書 111.10

3.完全失能保險金受益人

完全失能保險金受益人(同被保險人)	保險金分期給付選擇		
	申請		取消
	指定保險金 (保險金之比例)	給付頻率	定額給付方式
	☐ 100% ☐ _____ %	☐ 年給付 ☐ 月給付	☐ 每年定額給付指定保險金之十分之一(給付頻率若勾選月給付時,前述定額給付金額須再除以12) ☐ 每期給付_____元(保單幣別)
			☐

4.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) ○○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:

- 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
- 向本公司請求補充或更正。
- 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。

5.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、被保險人為未成年/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:	主被保險人簽名:	法定代理人/監護人/輔助人簽名:
行動電話:	行動電話:	行動電話:
申請日期:____年____月____日	申請日期:____年____月____日	申請日期:____年____月____日

6.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:
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。】

【本申請書共2頁需同時送件,缺頁將不受理。】



PG06111102

PG06111102

保險金分期給付選擇變更申請書適用商品

№	商品名稱	商品代號
1	安聯人壽美利豐沛外幣利率變動型養老保險(定額給付型)	ISLU5
2	安聯人壽美利保鑽外幣利率變動型養老保險(定額給付型)	ISLU8
3	安聯人壽新美利保鑽外幣利率變動型養老保險(定額給付型)	
4	安聯人壽美利吉鑽外幣利率變動型養老保險(定額給付型)	ISLU9
5	安聯人壽新美利吉鑽外幣利率變動型養老保險(定額給付型)	ISLU10
6	安聯人壽美利真鑽外幣利率變動型養老保險(定額給付型)	ISLU11
7	安聯人壽美利高鑽外幣利率變動型養老保險(定額給付型)	ISLU12
8	安聯人壽美年滿鑽外幣利率變動型養老保險(定額給付型)	ISLU13
9	安聯人壽美利傳鑫外幣利率變動型終身壽險(定額給付型)	ISWLH2
10	安聯人壽美利傳富外幣利率變動型終身壽險(定額給付型)	ISWLH3
11	安聯人壽新美利傳富外幣利率變動型終身壽險(定額給付型)	
12	安聯人壽美利享樂外幣利率變動型終身壽險(定額給付型)	ISWLH4
13	安聯人壽新美利享樂外幣利率變動型終身壽險(定額給付型)	
14	安聯人壽美利享福外幣利率變動型終身壽險(定額給付型)	ISWLH5
15	安聯人壽新美利享福外幣利率變動型終身壽險(定額給付型)	
16	安聯人壽美利永傳外幣利率變動型終身壽險(定額給付型)	ISWLH6
17	安聯人壽美利傳福外幣利率變動型終身壽險(定額給付型)	ISWLH7
18	安聯人壽美利傳世外幣利率變動型終身壽險(定額給付型)	ISWLH8
19	安聯人壽美利永鑽外幣利率變動型終身壽險(定額給付型)	ISWLI
20	安聯人壽美利添益外幣利率變動型終身壽險(定額給付型)	ISWM1
21	安聯人壽美利添益外幣利率變動型終身壽險(112)(定額給付型)	ISWM2
22	安聯人壽美年永恆外幣利率變動型養老保險(定額給付型)	ISLR1
23	安聯人壽金多利利率變動型養老保險(定額給付型)	ISLT1
24	安聯人壽金有利利率變動型養老保險(定額給付型)	ISLT2
25	安聯人壽台利多利率變動型養老保險(定額給付型)	ISLT3

