



健康傷害險契約內容變更/批改申請書

保單號碼	02W900000-1 02W900000-2	要保人姓名	王南山	被保險人姓名	王南山
------	----------------------------	-------	-----	--------	-----

申請批改事項如下：(請於變更項目勾填)

<input type="checkbox"/> 變更 聯絡資訊	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人	地址：		E-mail：		電話：	
<input checked="" type="checkbox"/> 變更 基本資料	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人	姓名：	身分證號：	生日：生日誤值(正確：1984/12/12)			
		國籍：	性別：	※基本資料變更須檢附身分證明文件			
<input type="checkbox"/> 變更 職業內容	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人	服務單位：		營業性質：			
		工作內容：		職業等級：			
<input type="checkbox"/> 變更 受益人	分配方式	與被保險人關係	姓名	身分證號	出生日期	國籍	聯絡地址及電話
	<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例____% <input type="checkbox"/> 均分					<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/>	地址： 電話： <input type="checkbox"/> 不同意填寫
	<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例____% <input type="checkbox"/> 均分					<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/>	地址： 電話： <input type="checkbox"/> 不同意填寫
	<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例____% <input type="checkbox"/> 均分					<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/>	地址： 電話： <input type="checkbox"/> 不同意填寫

※身故或喪葬費用保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為身故或喪葬費用保險金受益人之通知依據。

<input type="checkbox"/> 變更 投保內容	變更內容：	保費：
-------------------------------------	-------	-----

<input type="checkbox"/> 變更 續期保費之信用卡資料	信用卡種類： <input type="checkbox"/> VISA CARD <input type="checkbox"/> MASTER CARD <input type="checkbox"/> JCB CARD
信用卡卡號：_____ - _____ - _____ 信用卡有效日期：_____ 月 _____ 年(西元)	
持卡人與指定保單的關係： <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人	
持卡人正楷姓名：_____ 持卡人身分證號碼：_____ 聯絡電話：_____	
持卡人簽名：_____	

<input type="checkbox"/> 變更 旅行險保期	<input type="checkbox"/> 延長保期	自民國_____年_____月_____日_____時起至民國_____年_____月_____日_____時止，共_____天
	<input type="checkbox"/> 縮短保期	自民國_____年_____月_____日_____時起至民國_____年_____月_____日_____時止，共_____天

為維護您的權益，提醒您務必於終止保險契約前確認已詳閱並充分了解下列重要事項：

- 申請保險契約終止者，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。本公司所負之保險責任即行終止，日後若發生任何事故，本公司恕不負任何保險責任。
- 保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。

<input type="checkbox"/> 其他

切結書	立切結書人_____ (係為保險單之 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人)，茲聲明向南山產物保險股份有限公司投保之保險單(保單號碼載於批改申請書)因不慎遺失，致無法繳回右列文件： <input type="checkbox"/> 保險單 <input type="checkbox"/> 保險費收據，爾後如因此發生任何權益糾紛，概由立切結書人負全部責任，特此聲明。	保險單或收據遺失者，請於切結書簽名
	此致 南山產物保險股份有限公司	
	立切結書人簽名：_____	中華民國_____年_____月_____日

要保人簽名：王南山	被保險人簽名：王南山	※請親簽正楷中文全名，若為未滿7足歲子女由法定代理人代簽
-----------	------------	------------------------------

法定代理人簽名：_____	※若要保人或被保險人未滿20足歲需其法定代理人簽名	申請日期：110年12月17日
---------------	---------------------------	-----------------

保簽 經署 代 人	姓名、 證號	業務員	作 業 單 位	核保	出單	經辦	收件

※無法提供相關身分證明文件做為佐證要、被保險人及監護人身分者，本公司將可能婉拒本次申請。
填寫完後，請寄：10041 台北市中正區忠孝西路一段 6 號 19 樓 TEL：0800-020-060 按 2 FAX：0800-016-668



產險業履行個人資料保護法告知義務內容

南山產物保險股份有限公司(以下稱本公司)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: 人身保險(〇〇一)、金融服務業依法令規定及金融監理需要,所為之蒐集處理及利用(〇五九)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(〇六三)、契約、類似契約或其他法律關係事務(〇六九)、消費者、客戶管理與服務(〇九〇)、財產保險(〇九三)及其他經營合於 營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。
- 二、蒐集之個人資料類別: 姓名、身分證統一編號、護照號碼、出生年月日、性別、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查、旅行細節,詳如相關業務申請書或契約書內容。
- 三、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(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(透過保險代理人或保險經紀人公司投保者)、中華民國產物保險商業同業公會、中華國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、衛生福利部中央健康保險署、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、本公司母公司、本公司母公司之監理或主管機構、與要保人或被保險人有旅遊契約關係之旅行社人員。
 - (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。
- 四、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:
請提出書面申請或可透過 Info@NSGeneral.com.tw 電子郵件信箱與本公司聯繫。
- 五、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、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

南山產物(NSGI) 2018年3月1日版