中國人壽保險(海外)股份有限公司 澳門分公司
CHINA LIFE INSURANCE (OVERSEAS) CO.,LTD. MACAU BRANCH

保單資料更改申請表 Request For Change of Policy Information Form

保單編號 Policy Number	被保險人 Name of Insured	要保人 Name of Applicant

請選擇適當之空格 ☑ Please tick ☑the relevant box(es)　　請以正楷填寫本表格 Please complete this form in BLOCK letters.

1. ☐ 更改繳費辦法 Change of Payment Mode	☐ 年繳 Annual　☐ 半年繳 Semi-Annual　☐ 季繳 Quarterly　☐ 月繳 (須提交自動轉帳授權書) Monthly (DDA Form Attached) ☐ 取消自動轉帳 (只適用於更改爲年繳/半年繳/季繳保費) Auto-pay Cancellation (Change to annual/semi-annual/quarterly payment only)	
2. ☐ 更改個人資料 Change of Personal Information ☐ 被保險人 Insured　☐ 要保人 Applicant	姓名 Name　性別 Sex 身份證/出世紙/護照號碼 ID/Birth Cert./Passport No.　職業 Occupation 出生日期:_____年____月____日 Date of Birth (yyyy/mm/dd)	新簽名 (只適用於更改簽名用) New Signature (For Change of Signature use only)
3. ☐ 更改通訊地址/電話號碼 Change of Correspondence Add./Tel. No. ☐ 住宅 Home　☐ 辦公室 Office 生效日期:_____年____月____日 Effective Date (yyyy/mm/dd)	☐ 只更改上述保單 For the above-mentioned Policy ONLY　☐ 下列保單編號同時更改 For the following Policie(s) 保單編號 Policy No(s). 住宅 / 辦公室地址 Home / Office Address 住宅 / 辦公室電話 Home / Office Tel. No.　手提電話 / 傳呼機 Mobile / Pager	
4. ☐ 更改要保人 Change of Applicant 生效日期:_____年____月____日 Effective Date (yyyy/mm/dd)	新要保人姓名 New Applicant's Name　性別 Sex 身份證/出世紙/護照號碼:_____ ID/Birth Cert./Passport No. 出生日期:_____年____月____日 Date of Birth (yyyy/mm/dd) 與被保險人關係: Relationship of Insured	新要保人簽名 (只適用於更改要保人) Signature of New Applicant (For Change of Applicant only)

5. ☐ 更改受益人 Change of Beneficiary 生效日期:_____年____月____日 Effective Date (yyyy/mm/dd)	姓名 Name	年齡 Age	性別 Sex	與被保險人之關係 Relationship to insured	身份證/出世紙/護照號碼 ID/Birth Cert./Passport No	百分比(%) Percent(%)
	_____	____	____	_____	_____	_____
	_____	____	____	_____	_____	_____

6. ☐ 更改保額 / 附加保障 Change of Sum Assured / Rider 生效日期:_____年____月____日 Effective Date (yyyy/mm/dd)	基本計劃 / 附加保障 Basic Plan Rider	新增 Addition	取消 Deletion	加額 Increase	減額 Reduction	保額改至 / 級別 New Sum Assured/Class
	_____	☐	☐	☐	☐	_____
	_____	☐	☐	☐	☐	_____
	_____	☐	☐	☐	☐	_____

7. ☐ 更改領取紅利方式 Change of Dividend Option	☐ 提取現金 Cash Withdrawal	☐ 積存生息 Dividend Accumulation	☐ 抵付保費 Premium Reduction
8. ☐ 申請保單副本 Change of Dividend Option	同時呈交「保單遺失聲明書」及手續費 保單幣制$200 或美元$25 Submit with a "Lost Policy Declaration" and an Administration Fee Policy Currency $200 or US$25		
9. ☐ 其他 (請詳細說明) Others (Please state in details)			

DECLARATION BY THE APPLICANT 要保人聲明

本人 / 吾等　謹此聲明及同意：

1.上述之更改事項或服務必須符合下列所有條件方能生效: (i) 所有需要之款項及文件應完整無缺交抵。(ii) 申請在被保險人在生及符合受保條件時，經中國人壽保險(海外)股份有限公司澳門分公司(以下簡稱"貴公司")批准。2.此申請書連同貴公司要求受保證明，將成爲保單更改之根據，並作爲保單之一部份(若有其他安排除外) 。3.貴公司從本申請表格或其他方式所收集或持有的本人/吾等的個人資料乃用於從事保險業務，並可能包括以下用途: (i) 任何保險或與財務管理有關的產品或服務，或就此而作出的任何修改、更動、取消或續期；(ii) 任何賠償或對賠償作出的分析；及可能會把本人/吾等的資料轉給任何有關公司或從事保險或與再保險業務有關的其他公司或中介人或提供與保險有關服務的理賠或調查機關或其他服務的提供者或已存在或不時組成的社團或保險公司聯會。本人/吾等有權查閱並要求更正由貴公司持有有關本人/吾等的個人資料，查閱資料的要求可向客戶服務部經理提出，地址爲澳門新口岸宋玉生廣場 263 號中土大廈 22 樓 A、B、K-P 座中國人壽保險(海外)股份有限公司澳門分公司。

I/WE HEREBY DECLARE AND AGREE THAT:

1.The above request for policy change or services will not take effect unless the following conditions are met:(i) Any required payment and documents are submitted in full. (ii)The request approved by China Life Insurance (Overseas) Company Limited Macau Branch(hereinafter called "the Company")during the lifetime and continued insurability of the life insurance. 2. This request and evidence of insurability of the insured if required by the Company shall be the basis for change in policy and will form a part of the Policy unless otherwise specified. 3.The information provided to the Company is collected to enable the Company to carry on insurance business and may be used for the purpose of (i) any insurance or financial related product or service or any alterations, variations, cancellation or renewal of them; (ii) any claim or analysis of it ; and may bi transferred to any related company or any other company carrying on business or any association or federation of insurance companies that exists or is formed from time to time. I/We have the right to obtain access to and to request correction of any personal information concerning myself/ourselves held by the Company. Request for such access can be made to the Manager of Customer Services Department at alameda Dr. Carlos D'Assumpção NO.263, 22 Andar A,B,K-P, Edif. China Civil Plaza,Macau.

_____　　_____

要保人簽署 Signature of Applicant　　日期 (年/月/日) Date (yyyy/mm/dd)

_____　　_____

保險中介人簽署 Insurance Intermediary's Signature　　分行/營業員編號 Branch / Agent Code

閣下如有任何查詢，請與您的保險中介人聯絡或致電本公司客戶服務部 (電話 2878 7288) 查詢。填妥的表格請寄往澳門新口岸宋玉生廣場 263 號中土大廈 22 樓 A、B、K-P 座中國人壽保險(海外)股份有限公司澳門分公司客戶服務部。

If you have any queries, please feel free to contact your insurance intermediary or our Customer Services Department at 2878 7288 for details, Completed form should be sent to Customer Services Department, China Life Insurance (Overseas) Company Limited Macau Branch, Alameda Dr. Carlos D'Assumpção No. 263, 22 Andar A, B, K-P, Edif. China Civil Plaza, Macau

此欄由本保險公司填寫：

主管 ：_____　覆核 ：_____　印鑑校對：_____　經辦 ：_____