



國泰人壽
Cathay Life Insurance

保單內容變更 申請書填寫範例

-復效申請書-

國泰人壽保險契約 復效 申請書

保單號碼 **9000000001**

【申請書請親送或以掛號郵寄至國泰人壽各服務中心】
(各服務中心地址，請至國泰人壽官網查詢)

復效清償方式(請擇一勾選):

最低清償: 僅清償超過「可借金額上限」部分(抵充順序: 墊繳保險費利息→墊繳保險費本金→保單借款利息→保單借款本金)。

部分清償: 清償全部墊繳保險費本息, 但如保險單借款本息已逾「可借金額上限」者, 尚須償還超過「可借金額上限」部分。

全部清償: 清償全部墊繳保險費本息及保單借款本金。

註一: 「可借金額上限」, 係指申請復效時, 該保險單年度之保險單借款可借金額上限。
註二: 復效後如仍有未清償之墊繳保險費本息, 仍將依保險契約自動墊繳之約定繼續墊繳。

傳統型商品復效

投資型商品復效

是否已購買其他各保險公司之營業責任刑傷保險、營業責任刑醫險險: 是 否 若有變更, 請詳填於左:

↑ 填寫保單號碼、選擇復效商品種類及清償方式

事項

3. 本人(被保險人、要保人)同意國泰人壽將本申請書上所載本人資料轉送, 壽險公會建立電腦連線, 以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考, 但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保, 不得僅以前開資料作為承保與否之依據。

4. 受益人或要保人申領之保險金債權受法院(或執行機關)扣押時, 倘為維持一己及共同生活親屬之生活所必需者, 得依強制執行法第12條規定, 向法院(或執行機關)聲明異議。

5. 本人同意國泰人壽得以本人最近申辦之網路服務/電子單據服務之電子信箱寄送批註書等相關資料; 如未曾申辦本服務且未於本申請書填寫 E-Mail 者, 國泰人壽得逕以紙本方式轉送之。

↓ 選擇補收方式

本人壽險無法從從您元善的服務

請保戶填寫以下欄位(收費用)

本人同意本次繳款方式(請擇一勾選, 未勾選者則由國泰人壽服務人員到府收費)所選擇之帳號單次交易限額為新臺幣(下同)10萬元, 且每月不得超過20萬元, 惟轉出之金融機構另有規定時, 則依轉出金融機構之規定辦理。

帳號扣款(限要保人本人帳戶):

*如無一指通或復效保單續期保險費扣款帳號, 請填寫本次扣款帳號。*如有借款及墊繳之本金、利息不得選擇帳號扣款。

已指定之匯撥帳戶(一指通) 復效保單續期保險費扣款帳號

本次扣款帳號: 銀行別或代號(3碼) _____ 銀行帳號 _____

信用卡(VISA、MASTER、JCB及聯合信用卡): **1111 - 2222 - 3333 - 0000** 到期日 **01**月-**25**年(西元)

*信用卡持卡人(請勾選) 要保人、 被保險人*限扣復效保險費, 但不得以信用卡扣繳復效保單借款及墊繳之本金、利息。

虛擬帳號 *國泰人壽將提供一組虛擬帳號, 請保戶於期限內匯款至虛擬帳號繳款。

應注意事項

1. 停效六個月內申請復效者, 不須檢附【健康告知書】; 停效6個月至2年內申請復效者, 除須檢附【健康告知書】外, 一律須體檢。

2. 要保人須自國泰人壽同意復效之日起5日內向國泰人壽繳納復效所應補繳之保險費, 逾期未繳納者, 復效申請不生效力。

要保人簽名(主被保險人): <u>蔡小明</u> (註1) 法定代理人/監護人或輔助人簽名(註2): _____ (申請人為未成年且未婚/受監護或輔助宣告之人者) 關係: _____ / _____ 關係: _____	住宅: (02) 2222-3333 公司: () _____ 分機 手機: 0912345678 E-Mail: _____
被保險人簽名(次被保險人): <u>王小花</u> (註1) (若要保人及被保險人為同一人時, 可免簽) 法定代理人/監護人或輔助人簽名(註2): _____ 關係: _____ / _____ 關係: _____	住宅: (02) 2222-3333 公司: () _____ 分機 手機: 0987654321
配偶簽名: _____ 子女(1): _____ 子女(2): _____ 法定代理人/監護人或輔助人簽名: _____ 關係: _____ / _____ 關係: _____	要保人方便電訪時間(上班日): <input checked="" type="checkbox"/> 全天(8:30~17:30) <input type="checkbox"/> 上午(8:30~12:00) <input type="checkbox"/> 下午(13:00~17:30)
註1: 如要保人、被保險人為未滿7歲或受監護人宣告者, 應由法定代理人/監護人代簽。 註2: 如要保人、被保險人為未滿20歲且未婚/有監護或輔助人者, 則法定代理人/監護人/輔助人須簽名。	

申請日期: 中華民國 109年 5月 20日

↑ 須和原投保要保書或其他保全變更書簽名一致

國泰人壽健康告知書__復效專用 (第一頁)

保單號碼 **900000000001** 補發次數

要保人職業	行業別	保險業	職位	經理	工作內容	公司管理	生日	50年05月05日	身分證字號	A123456789
	兼副業	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			工作內容		服務單位		職業分類第 <input type="checkbox"/> 類	
被保險人職業	行業別	金融業	職位	行政	工作內容	文書處理	生日	60年06月06日	身分證字號	F246813579
	兼副業	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			工作內容		服務單位		職業分類第 <input type="checkbox"/> 類	
被保險人配偶職業	工作內容		職業分類第 <input type="checkbox"/> 類	被保險人子女職業	工作內容		職業分類第 <input type="checkbox"/> 類			

※下面各欄內請由要保人及被保險人親自以「✓」表示告知

要保人	身高 <input type="text" value="175"/> 公分，體重 <input type="text" value="60"/> 公斤	投保健康險者，依保險法第一百二十七條：「保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。」	是	否
主被保險人	身高 <input type="text" value="160"/> 公分，體重 <input type="text" value="50"/> 公斤			
次被保險人 (投保親子教育)	身高 <input type="text" value=""/> 公分，體重 <input type="text" value=""/> 公斤			
1. 最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. 過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)。			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. 過去一年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(1) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。	(4) 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。	(5) 痛風、高血脂症。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。	(6) 青光眼、白內障。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. 過去五年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(1) 高血壓症(指收縮壓140mmHG舒張壓90mmHG以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。	(5) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。	(6) 視網膜剝離或出血、視神經病變。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。	(7) 癌症(惡性腫瘤)。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT 值檢驗值有異常情形者)。	(8) 血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(9) 糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 紅斑性狼瘡、膠原症。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(11) 愛滋病或愛滋病帶原。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. 女性被保險人回答：			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(1) 過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(2) 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. 有投保健康險者，請回答下列問題：			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(一) 現在是否仍患有上述 1-7 項所列疾病？			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(二) 現在是否仍患有下列疾病：			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) 飛蚊症、中耳炎、內耳炎、乳突炎、外耳炎、坐骨神經痛、脊椎彎曲、脊椎骨脫出症、骨折、蜂窩組織炎、史蒂芬-強生症候群、骨質疏鬆症、肌無力、進行性肌萎縮、運動神經原疾病、硬皮症、股骨頭壞死、椎間板脫出、關節脫臼、骨膜炎、骨髓炎、關節炎。	(5) 肺水腫、肺炎、胸膜炎、鼻中隔彎曲、鼻竇炎、慢性鼻炎、氣胸、慢性阻塞性肺部疾病、肺沉着症、肺積膿、肋膜積水。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 腎上腺機能亢進或低下、染色體異常、良性腫瘤、良惡性不明腫瘤、原位癌、抹片異常、膿瘍、息肉、結節、痛風、酒精或藥物濫用成癮。	(6) 心絞痛、動脈瘤、心臟瓣膜疾病、動靜脈栓塞及血栓症、食道靜脈曲張、血液凝固缺陷、紅血球過多症、貧血、高血壓症(指收縮壓140mmHG舒張壓90mmHG以上)。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 結核病、腦膜炎、梅毒、水痘症。	(7) 肝腫大、消化性潰瘍或出血、慢性胃炎、肝膽結石、腸阻塞。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 智能障礙、神經炎、神經痛、腦性麻痺、多發性硬化症、舞蹈症、癲癇症、精神官能症、憂鬱症。	(8) 腎炎、腎水腫、泌尿系統結石、血尿、膀胱炎、尿道炎、輸卵管炎、卵巢炎、骨盆腔膜炎、前列腺炎或發炎、子宮頸糜爛、子宮脫出。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 有投保傷害險者，請回答下列問題，目前身體機能是否有下列障害：			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(1) 失明。	(4) 是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在 50 分貝(dB)以上。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表 0.3 以下。	(5) 啞。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 聾。	(6) 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(7) 四肢(含手指、足趾) 缺損或畸形。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 配偶、子女申請附加健康險或傷害險者，請回答：			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
現在或過去是否曾患有上述 1-8 項(申請附加傷害險者為 1-9 項)疾病？(若回答是者，請續填下方*欄)			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. 要保人申請附加豁免者，請回答：現在或過去是否曾患有上述 1-9 項？(若回答是者，請續填下方*欄)			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
※被保險人若有上列 1-9 項所述的情況，請詳填：				
●姓名 ●病名(外傷者，含受傷部位) ●就診醫院 ●大約就診期間 ●診療過程(門診或住院) ●有無手術 ●治療結果及目前狀況。				
※本健康告知書之告知事項均經本人確認，如有虛偽，不實或不盡之情事者，願依保險法第 64 條：「訂立契約時要保人(包括被保險人)對保險人(保險公司)之書面詢問，應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約，其危險發生後亦同。」之規定，接受國泰人壽解除保險契約，絕無異議。				

↑ 若停效超過半年，請填寫健康告知書

國泰人壽健康告知書__復效專用 (第二頁)

要保人、被保險人聲明事項

一、本人(被保險人)同意國泰人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷等個人資料。

二、本人(被保險人、要保人)同意國泰人壽將本健康告知書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。

三、1. 實支實付型傷害醫療保險適用：
 「本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保國泰人壽二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知國泰人壽有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而國泰人壽仍承保者，國泰人壽對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知國泰人壽者，同意國泰人壽對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。」

2. 實支實付型醫療保險適用：
 「本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保國泰人壽二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知國泰人壽有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而國泰人壽仍承保者，國泰人壽對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知國泰人壽者，同意國泰人壽對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任，但國泰人壽應以「日額」方式給付。」

個人資料保護法應告知事項

國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料(包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址、**病歷、醫療及健康檢查**等資料)。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，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供予國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務中心或利用國泰人壽免費客服專線(0800-036-599)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，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，國泰人壽將無法提供您完善的服務。

要保人簽名(主被保險人)： 蔡小明 (註1)

法定代理人/監護人或輔助人簽名： _____ 關係： _____ / _____ 關係： _____ (註2)
(申請人為未成年且未婚/受監護或輔助宣告之人者)

被保險人簽名(次被保險人)： 王小花 (註1)

(若要保人及被保險人為同一人時，可免簽)

法定代理人/監護人或輔助人簽名： _____ 關係： _____ / _____ 關係： _____ (註2)

配偶簽名： _____

子女(1)： _____ 子女(2)： _____

法定代理人/監護人或輔助人簽名： _____ 關係： _____ / _____ 關係： _____ (註2)

註1:如要保人、被保險人為未滿7歲或受監護人宣告者，應由法定代理人/監護人代簽。

註2:如要保人、被保險人為未滿20歲且未婚/有監護或輔助人者，則法定代理人/監護人/輔助人須簽名。

中 華 民 國 1 0 9 年 5 月 2 0 日

↑ 須和原投保要保書或其他保全變更書簽名一致