

B 式保險契約內容變更/(功能性)契約轉換申請書

保單號碼

本人及眷屬基本資料變更	稱謂	被保險人本人	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 1	子女 2	子女 3
	姓名				
	身分證字號				
	出生日	民國 年 月 日	民國 年 月 日	民國 年 月 日	民國 年 月 日
	行業別/職位				
	服務單位				
	工作內容及職業類別	第 類	第 類	第 類	第 類
	兼副業	<input type="checkbox"/> 有(請說明工作內容) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(請說明工作內容) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(請說明工作內容) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(請說明工作內容) <input type="checkbox"/> 無
目前是否受有監護宣告	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請提供相關證明文件)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請提供相關證明文件)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請提供相關證明文件)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請提供相關證明文件)	
是否已投保其他保險公司商	1. 實支實付型傷害醫療保險 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 實支實付型醫療保險 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 實支實付型傷害醫療保險 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 實支實付型醫療保險 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 實支實付型傷害醫療保險 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 實支實付型醫療保險 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 實支實付型傷害醫療保險 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 實支實付型醫療保險 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

附約變更	契約項目(終止該項附約請於欄位中填寫「0」)		本人	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 1	子女 2	子女 3	
	()	住院日額健康保險附約	日額(元)				
	()	住院醫療健康保險附約	計劃別	M-	M-	M-	
	()	保險附約	傷害死亡及失能保險金額	保額(萬)			
			附加條款(甲)-傷害醫療保險	日額(元)			
			附加條款(乙)-傷害醫療保險限額	保額(萬)			
	()	傷害暨兒童意外骨折保險附約	保額(萬)				

其他變更事項	<input type="checkbox"/> 豁免附約	<input type="checkbox"/> () 保險費豁免附約(要保人): <input type="checkbox"/> 附加: _____ 型 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> () 保險費豁免附約(被保險人): <input type="checkbox"/> 附加: _____ 型 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> () 保險費豁免附約(投資型商品): <input type="checkbox"/> 附加: _____ 年期 <input type="checkbox"/> 終止
	<input type="checkbox"/> 防癌型別	1.險別名稱:()防癌(<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 終身)健康保險(<input type="checkbox"/> 主約 <input type="checkbox"/> 附約) 2.變更後內容: <input type="checkbox"/> 個人型 <input type="checkbox"/> 單親型 <input type="checkbox"/> 雙親型: _____ 單位 3.變更原因: <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 非癌身故
	<input type="checkbox"/> 保險金額	<input type="checkbox"/> 縮小保額: 變更後保額 _____ 萬/仟/元整 <input type="checkbox"/> 增購保額: 變更後保額 _____ 萬/仟/元整
	<input type="checkbox"/> 保險年期	縮短年期為: _____ 年
	<input type="checkbox"/> 契約轉換	_____ 險轉為 _____ 險: <input type="checkbox"/> 轉換保險年期為 _____ 年(定期險適用) <input type="checkbox"/> 轉換醫療日額為 _____ 元(住院轉帳戶型適用)
	<input type="checkbox"/> 功能性契約轉換	_____ 險轉為 _____ 險: 保額 _____ 元整
	<input type="checkbox"/> 年金選擇權	<input type="checkbox"/> 不指定 <input type="checkbox"/> 指定 _____ 歲 (例: 悠享年年: 樂退選擇權變更)
其他:		

填寫說明及注意事項

- 被保險人本人及眷屬基本資料變更, 僅需填寫欲變更項目及變更後內容。
- 職業類別請由服務人員輔助填寫。
- 受益人: 配偶、子女附加各項傷害保險附約身故時, 除未支領之每月生活照護保險金受益人為該被保險人的法定繼承人外, 其餘項目受益人為主契約之被保險人。
- 附加附約或防癌附約個人型改單親型、雙親型及防癌附約單親型改雙親型及(功能性)契約轉換者, 須另附【健康告知書】。
- 中途附加實支實付型商品(不含追加), 請另附【特別提醒事項聲明書】。
- 辦理縮小保額時, 如果計保單借款餘額超過該件保單可借額度, 退還金額須先扣除超過額度的借款本金及利息。
- (功能性)契約轉換: (1)轉換後保險契約內容詳如保單內容所載; 未申請事項仍依轉換前之契約內容為準。(2)須重新指定受益人時, 請另填寫「A 式國泰人壽保險契約內容變更/保單補發申請書」。(3)轉換後契約若為不分紅保險單, 因不參加紅利分配, 並無紅利給付項目。
- 配合保險法修訂, 自 107 年 6 月 15 日起調整「殘廢」及「失能」等相關用詞, 保戶權益未受影響, 詳細說明請參國泰人壽官網法令公告專區。
※申請各項保作業須由要保人親自簽名, 下列項目同時須被保險人簽名同意: (1)附加附約(含豁免)。(2)防癌型別變更。(3)增購保額。(4)(功能性)契約轉換。(5)職業類別變更。
※如須繳納款項, 「切勿」匯入服務人員之私人帳戶, 並請當場向服務人員索取收據正本作為憑證, 妥為保管。



200021



11401 版

(個)

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)...

- 1. 本保險契約內容變更申請書及聲明事項均經本人確認,如有虛偽、不實或不盡之情事者,概由本人負責。
2. 本人於申請本保險契約有關附約內容變更時,確已了解國泰人壽提供之附約條款,並願遵守相關約定。
3. 本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本申請書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線,並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考...

終止保險契約客戶權益相關重要事項告知

- 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:
1. 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。
2. 保險契約終止時,可能無法全額領回已繳保險費。
3. 若因故不便繳納保險費,可依個人規劃考慮辦理展期、繳清、自動墊繳保險費或保單借款。
4. 保險契約終止後再投保新保單時,須承擔下列風險:
(1)重新履行告知義務:須對投保新契約當時的體況進行健康告知,契約終止後至再投保新保單前之期間,倘被保險人罹患疾病而未履行健康告知,將可能因違反告知義務致本公司依保險法第64條解除契約。
(2)違反告知義務解除保險契約的除斥期間及健康險的等待期,都要從投保新契約之日起重新計算,再投保健康險之等待期重新計算期間,倘被保險人罹患疾病,恐將無法獲得理賠。
(3)再投保健康險前倘被保險人已罹患疾病,本公司可能依保險法第127條主張不負付相關保險金之責任。
(4)因重新投保時的年齡可能大於投保原契約時的年齡,保險費率可能也會相對提高,且可能因已超過新契約規定之投保年齡或身體健康因素而無法投保;或可能因為新舊契約保障範圍差異致無法獲得理賠等因素而影響您的保障權益。

※如非本人親臨國泰人壽辦理者,本人聲明係委任後開服務人員代為送交本申請書予國泰人壽。
※應簽名者若未滿7歲,須由法定代理人代簽。

要保人簽名(主被保險人):
被保險人簽名(次被保險人):
法定代理人/監護人或輔助人簽名(申請人為未成年/為受監護或輔助宣告之人者):
配偶簽名:
子女(1):
子女(2):
子女(3):
註:供當次業務使用之聯絡電話(手機號碼、市話號碼),僅供本次申辦業務使用,不視為已向本公司申請變更前項聯絡資料,如需新增或更新聯絡資料需另提出變更申請。

要保人: 住宅(H): () 公司(O): () 分機 手機: []未使用手機
被保險人: 住宅(H): () 公司(O): () 分機 手機: ()

要保人方便電訪時間(上班日): []全天(8:30~17:30) []上午(8:30~12:00) []下午(13:00~17:30)

申請日期: 中華民國 年 月 日

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)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): *如無一指通或續期保險費扣款帳號,請填寫本次扣款帳號。
[] 已指定之匯撥帳戶(一指通) [] 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): 到期日 月- 年(西元)
*信用卡持卡人(請勾選) [] 要保人、 [] 被保險人
*下列行庫未參與聯合信用卡中心(NCCC)持卡人身份驗證,故無法受理:中國輸出入銀行、全國農業金庫、京城銀行、瑞興銀行、板信銀行、農漁會、信用社及外國銀行發行之信用卡。
[] 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。

請保戶填寫以下欄位(退費用)

匯撥 [] 匯撥至已指定之匯撥帳戶(免填下列帳戶)
明細 [] 行庫名稱: 分(支)行名稱: 帳號:
*補收金額限以現金、匯款或上述繳款方式繳納。
*外幣保單給付款一律以「匯款」方式給付之,且外幣存款帳戶以國泰人壽公告或通知之指定銀行所開立者為限。

以下為國泰人壽作業欄位,保戶無需填寫
※受理人員請注意該作業項目是否須列印「試算表」。

Table with 4 columns: 作業科審核, 作業科經辦, 經確實核對要(被)保人資料無誤, 經驗明身分確由要(被)保人親自簽章辦理無誤, 並已詳盡說明申請內容及保單權益。 Includes fields for 覆核人員, 客服人員, 業務主管, 服務人員, 電話, 手機, 轄區代號, 登錄證字號/ID.



(個)