

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	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	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	<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)	<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品	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	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	
	() 住院日額附約	日額(元)						
	() 住院醫療附約	計劃別	M-	M-	M-	M-	M-	
	() 自負額住院醫療附約	計劃別						
	() 保險附約	傷害死亡及失能保險金額	保額(萬)					
		甲 - 醫療日額	日額(元)					
			乙 - 醫療限額	全民健康保險身分 保額(萬)				
		非全民健康保險身分 保額(萬)						
		丙 - 醫療擇優日額 (限全民健康保險身分)	日額(元)					
	() 傷害保險附約() 型	保額(萬)						
	保額(單位)							
平安愛傷害及住院醫療保險附約	傷害醫療日額 住院醫療日額	日額(元) 日額(元)	※本附約須同時投保「傷害醫療日額」及「住院醫療日額」。					

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"/> 傷害險提高保額	同一要保人110年7月1日前投保且現行有效之個人傷害保險(含主約及附約)全部變更(不含僅得調降保費之商品)(要保人身分證字號: _____)
	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】。
- 辦理縮小保額時, 如累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, 詳細說明請參閱國泰人壽官網法令公告專區。

※申請各項保全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



11202 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)...

聲明事項

- 1. 本人保險契約內容變更或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)同意國泰人壽將本申請書上之個人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線...

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。
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。

※如非本人親臨國泰人壽辦理者，本人聲明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)：

限當次使用聯絡電話註

住宅(H)：()
公司(O)：() 分機
手機：
住宅(H)：()
公司(O)：() 分機
手機：

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...

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，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...
[] 帳號扣款(限要保人本人帳戶)：
[] 信用卡(VISA、MASTER、JCB及聯合信用卡)：
[] 虛擬帳號

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)
[] 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。

※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. Includes sub-columns for 覆核人員, 客服人員, 業務主管, 服務人員 and fields for 電話, 手機, 轄區代號, 登錄證字號/ID.

