

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

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-	
	() 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)			
	丙 - 醫療擇優日額 (限全民健康保險身分)	非全民健康保險身分 保額(萬)					
	() 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"/> 傷害險降費	同一要保人所有保單之傷害險全部變更(要保人之身分證字號: _____)
	其他:	

填寫說明及注意事項

1. 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。
2. 職業類別請由服務人員輔助填寫。
3. 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。
4. 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】。
5. 辦理縮小保額時, 如累計保單借款餘額超過該條件保單可借額度, 退還金額須先扣除超過額度的借款本金及利息。
6. (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。
7. 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。

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據點或利用國泰人壽客服專線, 市話請撥打免費付費專線: 0800036599, 手機請改撥付費電話: 02-21626201 或網路電話(路徑: 國壽官網頁頁>聯絡我們>專線服務) 客服專線>網路電話)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。



聲明事項

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)同意國泰人壽將本申請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。
4. 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。
5. (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，而國泰人壽仍予承保者，國泰人壽對同一保險事故仍應依各該險別保單條款約定負責。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而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，而國泰人壽仍予承保者，國泰人壽對同一保險事故仍應依各該險別保單條款約定負責。如有重複投保而未告知國泰人壽者，同意國泰人壽對同一保險事故而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。」
6. 本人(即要保人)已知悉並明瞭「國泰人壽實心慮住院醫療健康保險附約」保險期間為一年，保險期間屆滿時，本人得交付續保保險費，以逐年使本附約繼續有效，貴公司不得拒絕續保。貴公司得陳報主管機關調整本附約費率，本附約續保時，將按續保生效當時已陳報主管機關之費率及被保險人續保當時之年齡重新計算保險費。
7. 本人於向國泰人壽申請(功能性)契約轉換確已收受轉換後契約之保單條款手冊，並已閱覽契約轉換須知，且明瞭轉換後之契約若為不分紅保險單及其他與契約有關之權益，並願遵守相關規定。本人另同意若本(功能性)契約轉換因違反告知義務遭解除時，必須於收悉解除通知後1個月內返還轉換時所領之金額，逾期未返還時，國泰人壽得依法定利率加計利息並於本契約辦理或申請各項給付款項中扣抵。
8. 受益人或要保人申領之保險金債權遭法院(或執行機關)扣押時，倘為維持自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)聲請或聲明異議。
9. 本人申請契約轉換時，本人聲明該保險單自國泰人壽辦理完成之日起作廢，日後如因該保險單遭他人冒用或其他原因損及國泰人壽權益，或涉及金錢、法律及其他糾紛時，概由本人自行承擔，與國泰人壽無涉。
10. 本人確已審閱並瞭解本申請書填寫說明及注意事項及個人資料保護法應告知事項。
11. 本人同意國泰人壽得以本申請書所留存之聯絡資訊(包括但不限於手機號碼、市話號碼、E-mail或地址等)，作為日後提供各項服務權益及通知使用，除以前述方式通知外，亦得由服務人員轉交相關資料。

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條主張不負給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，本人聲明係委託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(申請人為未成年且未婚/為受監護或輔助宣告之人者)：_____關係_____

配偶簽名：_____ 子女(1)：_____

子女(2)：_____ 子女(3)：_____

聯絡電話(至少填寫一支)

要保人

住宅(H)：()

公司(O)：() 分機

手機(必填)： 未使用手機

E-mail：_____

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，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、王道銀行、渣打銀行、京城銀行、匯豐銀行、瑞興銀行、板信銀行、郵局、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」。

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		
		覆核人員		客	業	服	電	手	轄
				服	務	務	話	機	區
				人	主	人	()	：	代
				員	管	員	：	：	號
							登	錄	字
							證	號	號
							ID	：	：



200022

11001 版

(個)