



國泰人壽
Cathay Life Insurance

保單內容變更 申請書填寫範例

-B式申請書-

目錄

1.縮小保單保額

2.終止/縮小保單附約

縮小保單保額

B式國泰人壽保險契約內容變更(功能性)契約轉換申請書

保單號碼 **9000000001**

↑ 填寫保單號碼

本人及眷屬基本資料變更	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	1. 實支實付型傷害醫療保險 <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	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	2. 實支實付型醫療保險 <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	2. 實支實付型醫療保險 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

契約項目(終止該項附約請於欄位中填寫「0」)		本人	配偶	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-
() 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)				
		全民健保險身分	保額(萬)			
	乙 - 醫療限額	非全民健保險身分	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	日額(元)	※本附約須同時投保「傷害醫療日額」及「住院醫療日額」。			
	住院醫療日額	日額(元)				

<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
<input checked="" type="checkbox"/> 保險金額	3. 變更原因: <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 非婚身故
<input checked="" type="checkbox"/> 縮小保額	縮小保額: 變更後保額 10 萬/仟/元 增購保額: 變更後保額 _____ 萬/仟/元
<input type="checkbox"/> 保險年期	縮短年期至: _____ 年

↑ 變更保額限定『縮小保額』，其餘無法受理。(註：縮小之保額不得低於該險種最低承保險額)

其他: _____

填寫說明及注意事項

- 被保險人本人、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，若累計保單借款餘額超過該保單可借額度，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。



縮小/終止保單附約

B 式國泰人壽保險契約內容變更/(功能性)契約轉換 申請書

保單號碼	9000000001													
本人及 受保人 資料	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	蔡小明												
	身分證字號	A	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
	出生日	民國 50 年 05 月 05 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	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	民國 年 月 日	民國 年 月 日

↑ 填寫保單號碼及被保人資料

資料 變更	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			1. 實支實付型傷害醫療保險 <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			1. 實支實付型傷害醫療保險 <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)						
	(新真全意) 住院醫療附約	計劃別	M- 0	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)					
			全民健保保險身分	保額(萬)				
	乙 - 醫療限額	非全民健保保險身分	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)						
	平安愛傷害及住院醫療保險附約	傷害醫療日額	日額(元)	※本附約須同時投保「傷害醫療日額」及「住院醫療日額」。				
住院醫療日額		日額(元)						

↑ 填寫附約名稱。辦理縮小者，請填變更後保額；完全終止請填0。

其他 變更 事項	<input type="checkbox"/> 防癌型別	2. 變更後內容： <input type="checkbox"/> 個人型 <input type="checkbox"/> 半親全 <input type="checkbox"/> 雙親全； <input type="checkbox"/> 單位	
	<input type="checkbox"/> 保險金額	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	
<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

- 被保險人本人、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 10901 版



縮小/終止保單附約

個人資料保護法應告知事項

國泰人壽保險有限公司(以下簡稱「國泰人壽」)為提供各項保險服務之目的，依法得蒐集、處理及利用您的個人資料。本保險契約之內容，均經國泰人壽依法定程序，由國泰人壽之董事會決議通過，並經主管機關核准在案。本保險契約之內容，均經國泰人壽依法定程序，由國泰人壽之董事會決議通過，並經主管機關核准在案。本保險契約之內容，均經國泰人壽依法定程序，由國泰人壽之董事會決議通過，並經主管機關核准在案。

聲明事項

- 本人(被保險人、要保人)已悉明瞭國泰人壽之保險契約內容，並同意國泰人壽之保險契約內容。
- 本人(被保險人、要保人)已悉明瞭國泰人壽之保險契約內容，並同意國泰人壽之保險契約內容。
- 本人(被保險人、要保人)已悉明瞭國泰人壽之保險契約內容，並同意國泰人壽之保險契約內容。
- 本人(被保險人、要保人)已悉明瞭國泰人壽之保險契約內容，並同意國泰人壽之保險契約內容。
- 本人(被保險人、要保人)已悉明瞭國泰人壽之保險契約內容，並同意國泰人壽之保險契約內容。

行動保全服務聲明確認事項

- 本人(限年滿20歲且未受監護/輔助宣告之要保人)同意以本申請書向國泰人壽申請保險契約行動保全服務(下稱本服務)，並同意本人所有保險契約保全變更(包含本服務生效後所投保之新契約)於平板電腦或行動電子設備之簽名，可取代紙本之簽名。
- 本人瞭解並同意本服務可辦理之服務項目及限制，並同意國泰人壽得視實際作業情況，隨時增減調整本服務之服務項目，並得基於風險考量、電腦系統或其他突發狀況中止或終止本服務之一部或全部之使用。
- 本人同意國泰人壽得於前揭個人資料保護法應告知事項記載之必要目的範圍內，將本人之個人資料為合理使用或提供予必要相關第三人(包括但不限於銀行或信用卡機構)作為執行法令規範及洗錢防制事宜之用。

※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遞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):	住宅(H): (02) 2222-3333
	公司(O): () 分機
被保險人簽名(次被保險人):	手機(必填): 0912345678 [未使用手機]
	E-Mail: ()
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):	住宅(H): ()
配偶簽名:	公司(O): () 分機
子女(1):	手機:
子女(2):	
子女(3):	

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 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

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

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	<input checked="" type="checkbox"/> 匯撥至已指定之匯撥帳戶(免填下列帳戶)
明細	行庫名稱: 國泰世華分(支) 行名稱: 仁愛分行 帳號: 20000000001

*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。

↑ 退費方式限以『匯撥』

復核人員	服務人員	業務主管	服務人員	電話: ()
				手機: ()
				轄區代號
				登錄證字號/ID: