



猶豫期變更

契約內容變更申請書

◎填寫前請先詳閱相關注意事項說明，並僅需填寫變更後內容。  
◎填寫完畢後，要/被保險人請務必於申請書第5頁下方簽章。  
◎本申請書不得影印使用。

保單號碼	要保人	被保險人
------	-----	------

本申請書經 貴公司同意簽章後構成原契約之一部份，其契約內容變更如下：

代號/項目	契約變更內容																												
<input type="checkbox"/> 43 保戶e通知 【請詳閱注意事項7】	<input type="checkbox"/> 申請，E-mail： 【本次申請完成後，您的保單之通知單、對帳單及送金單將以電子通知方式寄至約定之電子郵件信箱(e-mail)】 <input type="checkbox"/> 取消																												
<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 要保人或保 險人聯絡資 訊變更	要保人	01 住所(通訊地址)： <input type="checkbox"/> 本人同意以本申請書所填載之通訊資料為準，併同申請更新本人在 貴公司所有保單之通訊資料 □□□-□□ (郵遞區號) _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 戶籍地址： <input type="checkbox"/> 本人同意以本申請書所填載之戶籍地址為準，併同申請更新本人在 貴公司所有保單之戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同上述要保人住所(通訊地址) □□□-□□ (郵遞區號) _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 E-mail：_____ (在中國人壽所有有效個人保單之E-mail將併同更新)																											
		85 步數資訊定期通知變更【GO健康定期保險專用】： <input type="checkbox"/> 電子郵件(送達留存於本公司E-mail) <input type="checkbox"/> 書面(送達要保人住所地址)																											
		84 住所(通訊地址)： <input type="checkbox"/> 同上述要保人住所(通訊地址) □□□-□□ (郵遞區號) _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區																											
		01 戶籍地址： <input type="checkbox"/> 本人同意以本申請書所填載之戶籍地址為準，併同申請更新本人在 貴公司所有保單之戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同上述被保險人住所(通訊地址) □□□-□□ (郵遞區號) _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 E-mail：_____ (在中國人壽所有有效個人保單之E-mail將併同更新)																											
		01&84 聯絡電話：住家( ) _____ 公司( ) _____ (分機 _____) 行動 _____																											
<input type="checkbox"/> 10 基本資料變更 【僅需填寫變更內 容之欄位】	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>姓名</th> <th>身分證字號</th> <th>性別</th> <th>出生日期或註冊設立日期</th> <th>國籍</th> <th>稅籍</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要保人</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>____年____月____日</td> <td><input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____</td> <td><input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td>被保險人</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>____年____月____日</td> <td><input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____</td> <td><input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td>其他</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>____年____月____日</td> <td><input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____</td> <td><input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </tbody> </table>	項目	姓名	身分證字號	性別	出生日期或註冊設立日期	國籍	稅籍	要保人				____年____月____日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____	被保險人				____年____月____日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____	其他				____年____月____日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____
項目	姓名	身分證字號	性別	出生日期或註冊設立日期	國籍	稅籍																							
要保人				____年____月____日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____																							
被保險人				____年____月____日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____																							
其他				____年____月____日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____																							
<input type="checkbox"/> 11 職業內容變更 【右方職碼、職級欄 由業務人員依業務 手冊職業分類表輔 助填寫】	變更 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 要保人，職業內容如下： 服務機構或學校 _____ 營業類別 _____ 工作內容 _____ 兼業 _____ 工作地址 _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>職碼</th> <th>職級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>正職</td> <td></td> <td>第 級</td> </tr> <tr> <td>兼職</td> <td></td> <td>第 級</td> </tr> </tbody> </table>		職碼	職級	正職		第 級	兼職		第 級																		
	職碼	職級																											
正職		第 級																											
兼職		第 級																											
<input type="checkbox"/> 09 要保人變更 【辦理此項變更請 填寫業務員報告書 第三、四項並檢附 FATCA及CRS客戶自 我聲明書暨個人資 料同意書】	<table border="1"> <thead> <tr> <th>新要保人姓名</th> <th>身分證字號</th> <th>出生日期或註冊設立日期</th> <th>國籍</th> <th>具美國稅務 居民身分</th> <th>與被保險 人關係</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>____年____月____日</td> <td><input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____</td> <td><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	新要保人姓名	身分證字號	出生日期或註冊設立日期	國籍	具美國稅務 居民身分	與被保險 人關係			____年____月____日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如有應付予要保人之款項，除已另有約定給付方式外，本公司將款項匯入下列帳戶。 匯款帳號(84) 中文戶名：_____ 銀行/分行名稱：_____ 帳號：_____ *英文戶名：_____ *銀行代碼(Swift Code)：_____ *國家/城市：_____ ※外幣保單除提供匯款銀行/分行名稱及帳號資料外，務必再提供「*號」欄位資料。 聲明自變更日起承受原要保人於本保險契約之一切權利與義務。 ◎申請變更要保人時，將一併刪除原要保人於保單中附加之豁免保險費附加契約。															
新要保人姓名	身分證字號	出生日期或註冊設立日期	國籍	具美國稅務 居民身分	與被保險 人關係																								
		____年____月____日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																									

保險單批註專用欄：

註：本契約變更申請書未經加蓋本公司核保專用章不生效力。

核保專用簽章：\_\_\_\_\_



<input type="checkbox"/> 08	<b>受益人變更</b> <b>【保險金給付限匯款，變更受益人請一併於下方「受益人匯款資料及聯絡資訊」欄位提供匯款資料及聯絡資訊】</b>							
	<input type="checkbox"/> 生存保險金	保險金種類	姓名	身分證字號	出生日期或註冊設立日期	國籍 (若受益人國籍不同請註明) <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____	與主契約被保險人關係	<b>保險金給付分配方式</b> <b>(受益人有二位(含)以上)</b> <b>(若未勾選則推定為均分方式)</b> <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 (請註明順位序號, 如未註明則按由上至下順序受益) <input type="checkbox"/> 比例 (請註明比例)
	<input type="checkbox"/> 滿期/祝壽保險金					<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 (請註明順位序號, 如未註明則按由上至下順序受益) <input type="checkbox"/> 比例 (請註明比例)
	<input type="checkbox"/> 身故/喪葬費用保險金					<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 (請註明順位序號, 如未註明則按由上至下順序受益) <input type="checkbox"/> 比例 (請註明比例)
<input type="checkbox"/> 約定身故保險金(不含「喪葬費用保險金」)或完全失能保險金分期定期給付者, 需另檢附「 <b>保險金分期定期給付約定書</b> 」辦理。 <input checked="" type="checkbox"/> 以主契約被保人之法定繼承人為身故/喪葬費用保險金受益人者, 其受益順序及應得保險金比例適用民法繼承編相關規定。 <input checked="" type="checkbox"/> 身故/喪葬費用保險金受益人非該被保險人配偶、直系血親、法定繼承人, 請說明原因:								
<input checked="" type="checkbox"/> 受益人匯款資料及聯絡資訊 ※ 外幣保單除提供匯款銀行/分行名稱及帳號資料外, 務必再提供「*號」欄位資料。 ※ 身故保險金受益人如係身分別之指定或要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話, 則以要保人最後所留之聯絡方式, 作為日後身故保險金受益人之通知依據。								
1	匯款資料 (61)	中文戶名: _____ 銀行/分行名稱: _____ 帳號: _____ *英文戶名: _____ *銀行代碼(Swift Code): _____ *國家/城市: _____						
	聯絡資訊 (84)	姓名: _____ 身分證字號: _____ E-mail: _____ 聯絡電話: (住家) _____ (公司) _____ 分機 _____ (行動) _____ 戶籍地址: □□□-□□ (郵遞區號) _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____						
	匯款資料 (61)	中文戶名: _____ 銀行/分行名稱: _____ 帳號: _____ *英文戶名: _____ *銀行代碼(Swift Code): _____ *國家/城市: _____						
2	聯絡資訊 (84)	姓名: _____ 身分證字號: _____ E-mail: _____ 聯絡電話: (住家) _____ (公司) _____ 分機 _____ (行動) _____ 戶籍地址: □□□-□□ (郵遞區號) _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____						
	匯款資料 (61)	中文戶名: _____ 銀行/分行名稱: _____ 帳號: _____ *英文戶名: _____ *銀行代碼(Swift Code): _____ *國家/城市: _____						
	聯絡資訊 (84)	姓名: _____ 身分證字號: _____ E-mail: _____ 聯絡電話: (住家) _____ (公司) _____ 分機 _____ (行動) _____ 戶籍地址: □□□-□□ (郵遞區號) _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____						
3	匯款資料 (61)	中文戶名: _____ 銀行/分行名稱: _____ 帳號: _____ *英文戶名: _____ *銀行代碼(Swift Code): _____ *國家/城市: _____						
	聯絡資訊 (84)	姓名: _____ 身分證字號: _____ E-mail: _____ 聯絡電話: (住家) _____ (公司) _____ 分機 _____ (行動) _____ 戶籍地址: □□□-□□ (郵遞區號) _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____						
	匯款資料 (61)	中文戶名: _____ 銀行/分行名稱: _____ 帳號: _____ *英文戶名: _____ *銀行代碼(Swift Code): _____ *國家/城市: _____						
<input checked="" type="checkbox"/> 補充說明 (倘上述受益人匯款資料及聯絡資訊欄位不足填寫時, 請於本欄位填寫): _____								
<input type="checkbox"/> 86	<b>法人實質受益人/高階管理人員資料變更</b> <b>【辦理此項變更請檢附法人/團體客戶身分確認及投保計劃書及 FATCA及CRS 客戶自我聲明書暨個人資料同意書】</b>							
	<input type="checkbox"/> 法人實質受益人 <input type="checkbox"/> 高階管理人員	姓名	身分證字號 <b>【若為外國人請提供統一證號】</b>	出生日期 _____年____月____日 _____年____月____日	國籍 <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____	稅籍 <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____		
<input type="checkbox"/> 87	生存保險金給付年齡	變更生存保險金給付年齡為: <input type="checkbox"/> 60歲 <input type="checkbox"/> 65歲 ※ 本項變更僅限保單條款約定可指定特定年齡領取生存保險金之保單申請, 需計算變更前後之保單價值準備金, 補/退費用, 如於繳費期間內辦理變更, 以變更後之生存保險金給付年齡之保險費收取續期保險費。						



代號/項目	契約變更內容
<input type="checkbox"/> 02 收費管道變更	自繳件【限有開放自繳險種適用】(原收費員件申辦自繳件生效後即不得再變更回收收費員件) (申請變更收費管道為「信用卡付款」或「金融機構轉帳」者,請改填寫「轉帳授權申請暨約定書」)
<input type="checkbox"/> 03 簽章方式變更	變更 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 保戶印鑑卡 <input type="checkbox"/> 法定代理人 簽章方式 變更原因 <input type="checkbox"/> 簽不回原樣式 <input type="checkbox"/> 要/被保人已滿七足歲變更簽章樣式 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 本人原簽章方式中為簽名與印鑑者,原印鑑不慎遺失,特此聲明作廢,日後如有就此憑證以領取之各項給付發生任何糾紛或致 貴公司有所損害時,本人願負法律上一切責任與 貴公司無涉。
<input type="checkbox"/> 04 繳別變更	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳
<input type="checkbox"/> 06 墊繳選擇權變更	主契約有保險費墊繳條款者,要保人 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <b>保險費自動墊繳</b> 本保單於有效期間得因應繳之續次保費於超過寬限期間,仍未交付應繳保險費時,按期自合併同一保單號碼中當時主、附約之保單價值準備金,同時自動墊繳續次保險費,不足墊繳整期保費時則墊繳到日。墊繳範圍為墊繳當時同一保單號碼下之主契約、附約之應繳保費及利息。
<input type="checkbox"/> 07 集體彙繳變更	<input type="checkbox"/> 申請加入現有彙繳團體/新成立彙繳團體【申請時需另外填寫「個人壽險集體彙繳申請書」】 <input type="checkbox"/> 申請退出現有彙繳團體
<input type="checkbox"/> 13 展期定期保險	<input type="checkbox"/> 申請展期定期保險(本人同意一併中止本保險單之附約效力,並同時退還解約金或未到期保險費) (壽險附約同主約辦理展期保險,若壽險附約因保單價值準備金不足無法辦理展期定期保險時,將以退還解約金辦理之。) (請指定生存保險金受益人;若未指定,則視為要保人本人為其受益人)
<input type="checkbox"/> 26 減額繳清保險 【請檢附減額繳清保險確認書】	<input type="checkbox"/> 申請減額繳清保險,並選擇附約之處理方式如下(無附約者無須勾選): (辦理減額繳清保險後,保險金額以減額繳清保險金額為準,可能造成累積實繳總保險費超過身故或完全失能保險金之情事,請審慎選擇。) <input type="checkbox"/> 取消全部附約 <input type="checkbox"/> 保留全部附約(除下列B、C、D項外) A. 選擇保留附約時,附約繳費方式以年繳且收費管道限金融轉帳,變更年繳後附約應補足差額保費,要保人不得要求變更。 B. 提前給付附約最高不得超過繳清保險金額的50%,且繳清保險金額未超過20萬元時,不得保留本附約。 C. 「豁免附加契約中除「豁免保險費附約」、「新豁免保險費附約」、「安家豁免保險費附約」、「關心豁免保險費附約」、「安聯人壽重大疾病及二、三級殘廢豁免保費附約」、「安聯人壽重大疾病及二至六級殘廢豁免保險費附約」、「安聯人壽要保人豁免保險費健康保險附約」需同時終止,其餘均可保留,但若繳清後該附約保險金額或保險費為0者,則將同時刪除該附約。 D. 主契約減額繳清選擇保留全部附約者,若壽險長年期附約繳足保險費累積達有保單價值準備金者,依條款將同時辦理減額繳清,若無保單價值準備金者,則將同時刪除該附約。
<input type="checkbox"/> 23 復效	申請恢復保單效力 <input checked="" type="radio"/> 投保要保人豁免者,請填寫健康告知書第18、19項 A. 停效日起六個月以內提出申請者,可不需檢附健康告知;停效日起六個月以後提出申請者,需同時檢附「健康告知暨聲明書」。 B. 投資型保單請擇一勾選: <input type="checkbox"/> 補繳當次停效期間保險費+當期保險費 <input type="checkbox"/> 補繳當期保險費 <input type="checkbox"/> 補繳前期基本保險費+當次停效期間保險費+當期保險費【限本公司開放之商品於指定期間內申請辦理】 ※ 被保險人於停效期間所發生之保險事故,本公司不負保險責任。
<input type="checkbox"/> 52 年金遞延/累積期滿給付	<input type="checkbox"/> 一次領取遞延/累積期滿保險金【依各險種規範辦理】 <input type="checkbox"/> 按本契約約定給付年金(請填寫保證期間及年金給付週期欄位)
<input type="checkbox"/> 74 提前給付之申領	<input type="checkbox"/> 申請年金提前給付(限年金受益人申請) ※ 年金受益人於被保險人生存期間為被保險人本人,本公司不受理指定或變更。 ※ 若主約商品為保誠人壽金采年年變額年金保險,須同時申請中國人壽金采年年變額年金保險批註條款。
<input type="checkbox"/> 80 不定期彈性繳	彈性費用_____元【利率變動型險種適用】
<input type="checkbox"/> 82 申請/變更/取消定期彈性繳	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 <input type="checkbox"/> 彈性費用_____元【利率變動型險種適用】(82) <input type="checkbox"/> 取消【利率變動型險種適用】(83) ※ 契約變更若遇到扣款期間,將延至下一期生效
<input type="checkbox"/> 35 補發保險單	申請補發保險單(依約定之保單型態進行補發):原保險單因申請補發保單即視同作廢,任何人不得再執原保險單主張任何權利。 (保單型態為紙本,需收取工本費新台幣100元)
<input type="checkbox"/> 79 保單型態【要保人為法人不可申請型態變更】	<input type="checkbox"/> 電子保單:要保人接獲電子保單領取通知時,須連結至中國人壽企網之會員專區登錄會員(非會員者須先完成會員註冊),並完成身分認證後,才能下載電子保單。 <input type="checkbox"/> 紙本保單:(1)變更紙本保單以一次為限(2)保單型態變更為紙本且非首次提供紙本保險單者,需收取工本費新台幣100元。 ※ 原保險單因申請型態變更即視同作廢,任何人不得再執原保險單主張任何權利。
<input type="checkbox"/> 49 增值回饋分享金批註條款	<input type="checkbox"/> 申請批註「中國人壽增值回饋分享金變更給付方式與給付週期批註條款」(台幣) 茲同意以批註條款方式適用「中國人壽增值回饋分享金變更給付方式與給付週期批註條款」,本申請書經本公司受理並同意後,構成原契約之一部分,內容變更如下:一、增值回饋分享金給付方式與給付週期調整。二、變更後條款內容詳「中國人壽增值回饋分享金變更給付方式與給付週期批註條款」。 <input type="checkbox"/> 申請批註「中國人壽外幣增值回饋分享金變更給付方式批註條款」(外幣) 茲同意以批註條款方式適用「中國人壽外幣增值回饋分享金變更給付方式批註條款」,本申請書經本公司受理並同意後,構成原契約之一部分,內容變更如下:一、增值回饋分享金給付方式調整。二、變更後條款內容詳「中國人壽外幣增值回饋分享金變更給付方式批註條款」。
中國人壽金采年年變額年金保險批註條款	<input type="checkbox"/> 申請金采年年變額年金保險批註條款 茲同意以批註條款方式適用「中國人壽金采年年變額年金保險批註條款」,本申請書經本公司受理並同意後,構成原契約之一部分,內容變更如下:一、年金提前給付的申領。二、變更後條款內容詳「中國人壽金采年年變額年金保險批註條款」。
外幣保險單借款批註條款	<input type="checkbox"/> 申請批註「中國人壽外幣保險單借款批註條款」(外幣非投資型商品) 茲同意以批註條款方式適用「中國人壽外幣保險單借款批註條款」,本申請書經本公司受理並同意後,構成原契約之一部分,內容變更如下:一、外幣保險單借款成數調整。二、變更後條款內容詳「中國人壽外幣保險單借款批註條款」。
中國人壽關懷生命提前給付批註條款(A)	<input type="checkbox"/> 申請批註「中國人壽關懷生命提前給付批註條款(A)」 茲同意以批註條款方式適用「中國人壽關懷生命提前給付批註條款(A)」,本申請書經本公司受理並同意後,構成原契約之一部分,內容變更如下:一、生命末期保險金提前給付的申領。二、變更後條款內容詳「中國人壽關懷生命提前給付批註條款(A)」。
中國人壽分紅保單紅利給付方式批註條款	<input type="checkbox"/> 申請批註「中國人壽分紅保單紅利給付方式批註條款」 茲同意以批註條款方式適用「中國人壽分紅保單紅利給付方式批註條款」,本申請書經本公司受理並同意後,構成原契約之一部分,內容變更如下:一、增加「增額分紅保額」、「年度分紅保額」給付方式。二、變更後條款內容詳「中國人壽分紅保單紅利給付方式批註條款」。



代號/項目		契約變更內容																																																																					
<input type="checkbox"/> 05	紅利選擇權變更	<input type="checkbox"/> 現金給付 <input type="checkbox"/> 儲存生息 <input type="checkbox"/> 抵繳應繳保險費 <input type="checkbox"/> 以繳清保險方式增加保額																																																																					
<input type="checkbox"/> 15	主契約保額異動	免核保增額權， <input type="checkbox"/> 滿5週年 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 生子，增額後主契約保額提高為_____元 【增額上限依各商品條款約定(無條件進位至萬元)，申請時請同時檢附相關證明文件】 <input type="checkbox"/> 主契約保額【提高】為_____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 主契約保額【降低】為_____元/計畫/單位，申請原因：_____																																																																					
<input type="checkbox"/> 32	主契約保險費異動 【投資連結型商品】	<input type="checkbox"/> 主契約保險費【提高】為_____元 <input type="checkbox"/> 主契約保險費【降低】為_____元																																																																					
<input type="checkbox"/> 53	自動增值	<input type="checkbox"/> 取消自動增值【限悠遊/喜樂/新喜樂人生變額壽險】																																																																					
<input type="checkbox"/> 16	附加契約異動 【辦理此項變更請填寫業務員報告書第四、五項】	<input type="checkbox"/> 附加契約異動如下 <input type="checkbox"/> 取消所有附加契約 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>被保險人姓名</th> <th>身分證字號</th> <th>國籍</th> <th>出生日期</th> <th>領有身心障礙手冊或證明</th> <th>被保險人目前是否受有監護宣告</th> <th>與主被保險人關係</th> <th>附約險種名稱</th> <th>年期</th> <th>附加契約異動內容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>是，請提供 <input type="checkbox"/>否</td> <td><input type="checkbox"/>是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/>否</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/>變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/>退保</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>是，請提供 <input type="checkbox"/>否</td> <td><input type="checkbox"/>是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/>否</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/>變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/>退保</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>是，請提供 <input type="checkbox"/>否</td> <td><input type="checkbox"/>是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/>否</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/>變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/>退保</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>是，請提供 <input type="checkbox"/>否</td> <td><input type="checkbox"/>是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/>否</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/>變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/>退保</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>是，請提供 <input type="checkbox"/>否</td> <td><input type="checkbox"/>是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/>否</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/>變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/>退保</td> </tr> </tbody> </table>										被保險人姓名	身分證字號	國籍	出生日期	領有身心障礙手冊或證明	被保險人目前是否受有監護宣告	與主被保險人關係	附約險種名稱	年期	附加契約異動內容					<input type="checkbox"/> 是，請提供 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/> 否				<input type="checkbox"/> 加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 退保					<input type="checkbox"/> 是，請提供 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/> 否				<input type="checkbox"/> 加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 退保					<input type="checkbox"/> 是，請提供 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/> 否				<input type="checkbox"/> 加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 退保					<input type="checkbox"/> 是，請提供 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/> 否				<input type="checkbox"/> 加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 退保					<input type="checkbox"/> 是，請提供 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/> 否				<input type="checkbox"/> 加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 退保
被保險人姓名	身分證字號	國籍	出生日期	領有身心障礙手冊或證明	被保險人目前是否受有監護宣告	與主被保險人關係	附約險種名稱	年期	附加契約異動內容																																																														
				<input type="checkbox"/> 是，請提供 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/> 否				<input type="checkbox"/> 加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 退保																																																														
				<input type="checkbox"/> 是，請提供 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/> 否				<input type="checkbox"/> 加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 退保																																																														
				<input type="checkbox"/> 是，請提供 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/> 否				<input type="checkbox"/> 加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 退保																																																														
				<input type="checkbox"/> 是，請提供 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/> 否				<input type="checkbox"/> 加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 退保																																																														
				<input type="checkbox"/> 是，請提供 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/> 否				<input type="checkbox"/> 加保 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 變更為 _____元/計畫/單位 <input type="checkbox"/> 退保																																																														
<input type="checkbox"/> 22	險種轉換/ 年期縮短	變更後 <input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 附 契約險種為_____ /繳費年期_____ /保險金額_____萬元																																																																					
<input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 62	結清保單紅利/ 增值回饋分享金	<input type="checkbox"/> 結清儲存生息保單紅利【強制分紅與美式分紅險種適用】(37) <input type="checkbox"/> 結清保單紅利保額_____元【英式分紅險種適用】(37) <input type="checkbox"/> 結清儲存生息增值回饋分享金_____元【利率變動型險種適用】(62)								申請原因																																																													
<input type="checkbox"/> 63	增值回饋分享金給付方式	<input type="checkbox"/> 現金給付(條款中約定可選擇給付週期者請選擇： <input type="checkbox"/> 月給付 <input type="checkbox"/> 年給付)(匯款帳號請於申請書第5頁填寫) <input type="checkbox"/> 儲存生息 <input type="checkbox"/> 抵繳應繳保險費(限分期繳且條款中約定可指定抵繳保費之險種)																																																																					
	103/9/14(含)前銷售商品	被保險人保險年齡到達十六歲之保單週年日前，其增值回饋分享金以抵繳應繳保險費方式辦理(躉繳商品以儲存生息方式辦理)。若保單辦理減額繳清保險或繳費期滿後仍屬有效的契約改採儲存生息方式辦理，請詳各條款規定。可選擇之給付方式依條款約定。 <b>【第一保單年度至第十保單年度期間：「103/9/15(含)~104/4/12(含)銷售商品、首兆恒年、農鑫發」適用】</b> <b>【第一保單年度至第六保單年度期間：「103/9/15(含)~104/4/12(含)銷售商品、首兆恒年、農鑫發」且已申請批註條款、金采保利、金采美利、吉利旺及104/4/13(含)後銷售商品適用】</b>																																																																					
	103/9/15(含)後銷售商品	<input type="checkbox"/> 1. 以繳清保險方式增加保險金額 <input type="checkbox"/> 2. 抵繳應繳保費(若保單辦理減額繳清保險或繳費期滿後仍屬有效的契約，及躉繳商品，將改以繳清保險方式增加保險金額辦理) <b>【第十一保單年度起：「103/9/15(含)~104/4/12(含)銷售商品、首兆恒年、農鑫發」適用】</b> <b>【第七保單年度起：「103/9/15(含)~104/4/12(含)銷售商品、首兆恒年、農鑫發」且已申請批註條款、金采保利、金采美利、吉利旺及104/4/13(含)後銷售商品適用】</b> <input type="checkbox"/> 1. 儲存生息 <input type="checkbox"/> 2. 以繳清保險方式增加保險金額 <input type="checkbox"/> 3. 抵繳應繳保費(若保單辦理減額繳清保險或繳費期滿後仍屬有效的契約，及躉繳商品，將改以繳清保險方式增加保險金額辦理) <input type="checkbox"/> 4. 現金給付(匯款帳號請於申請書第5頁填寫)(給付金額小於保單條款規定之金額時，則依儲存生息方式處理) 被保險人保險年齡到達五十五歲之保單週年日起之現金給付週期方式： <input type="checkbox"/> 月給付 <input type="checkbox"/> 年給付(※限台幣保單且屬「103/9/15(含)~104/4/12(含)銷售商品、首兆恒年、農鑫發且已申請批註條款」及「金采保利、金采美利、吉利旺及104/4/13(含)後銷售商品」方可申請週期方式；其餘商品之現金給付週期依保單條款約定。)																																																																					
<input type="checkbox"/> 44	年金給付資料變更 【匯款帳號請於申請書第5頁填寫】	年金給付管道 <input type="checkbox"/> 匯款		給付開始日 <input type="checkbox"/> ____年____月____日 <input type="checkbox"/> 被保險人保險年齡____歲之保單週月日						保證期間 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 25年【依各險種規範辦理】		給付週期 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 半年 <input type="checkbox"/> 季 <input type="checkbox"/> 月																																																											
<input type="checkbox"/> 54	給付管道變更	保單紅利(54)		<input type="checkbox"/> 匯款																																																																			
<input type="checkbox"/> 61	【匯款帳號請於申請書第5頁填寫，欄位不足時，另填於其他欄】	生存/還本保險金(61)		<input type="checkbox"/> 匯款																																																																			
		滿期/祝壽保險金(61)		<input type="checkbox"/> 匯款																																																																			



<input type="checkbox"/> 84	<input type="checkbox"/> 要保人帳號變更【匯款帳號請於申請書第5頁填寫】
*如有應付予要保人、受益人之款項，除已另有約定給付方式外，本公司將款項匯入下列帳戶。	
台幣帳號【限台幣保單】（契變退費、紅利、增值回饋分享金額指定要保人帳戶；保險金、年金限指定受益人帳戶）	
戶名 _____ / _____ 銀行(郵局) _____ 分行(局號)/帳號 _____	
匯 款 帳 號	外幣帳號【限外幣保單】（契變退費、紅利、增值回饋分享金額指定要保人帳戶；保險金、年金限指定受益人帳戶）
	受款人資料
	受款銀行
	中文戶名： _____ 銀行代碼(Swift Code)： _____
英文戶名： _____ 銀行/分行名稱： _____	
帳 號： _____ 國家/城市： _____	

<input type="checkbox"/> 34	其他
_____	
_____	
_____	
_____	

**壽險業履行個人資料保護法告知義務內容：**中國人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱

- 一、蒐集之目的：(一)〇〇一 人身保險 (二)〇四〇 行銷 (三)〇五九 金融服務業依法令規定及金融監理需要、所為之蒐集處理及利用 (四)〇六九 契約、類似契約或其他法律關係事務 (五)一八一 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務
- 二、蒐集之個人資料類別：(一)姓名(二)身分證統一編號(三)地址等聯絡方式(四)病歷、醫療、健康檢查(五)財務狀況(六)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容
- 三、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一)期間：本保險契約之有效期間及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。(三)地區：上述對象所在之地區。(四)方式：合於法令規定之利用方式
- 四、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：(一)得向本公司行使之權利：1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2. 向本公司請求補充或更正。3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：書面。
- 五、台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法承保。

※本契約內容變更申請書所變更者僅限於本申請書上所列示之保單，並不及其他保單，但職級變更、姓名變更、身分證字號變更、出生年月日變更不在此限。

※本人因事不克親至 貴公司辦理保險契約 \_\_\_\_\_ 事宜，茲委任 \_\_\_\_\_ 君代為處理。

<b>業務員/受託人/見證人填寫欄</b>	本人已詳閱本申請書內容、「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」及背面注意事項，並已獲得必要之資訊，充分瞭解異動申請對於本人各項權益與保障之影響。
業務單位：	<b>此致 中國人壽保險股份有限公司</b>
業務員： _____ (簽章)	要保人：【原要保人】 _____ (簽章) (原要保人新簽章) _____ (簽章)
登錄證字號： _____	【新要保人】 _____ (簽章)
聯絡電話： _____	被保險人： _____ (簽章) (被保險人新簽章) _____ (簽章)
單位/分行主管： _____ (簽章)	附加契約被保險人： _____
受託人： _____ (簽章)	法定代理人： _____ (簽章) (配偶/子女) _____ (簽章)
見證人： _____ (簽章)	(請填寫下列資料) 法定代理人身分證字號/國籍/出生日期/關係： _____
經紀人、代理人公司之簽署人： _____ (簽章)	◎ 要/被保險人未滿七足歲或無行為能力者，由法定代理人代為簽名；七足歲(含)以上者，請由本人親自簽名。不識字者得以捺押指印代替簽名，但須有二位以上已成年的見證人在旁簽名，惟見證人不得為業務員，同時須註明見證人身分證字號及其與不識字者之關係。
	◎ 要保人/被保險人未滿 20 歲或無行為能力者，需法定代理人簽名及填寫關係。
	◎ 為維護您的權益：請使用要保書樣式簽章，並請勿於空白的申請書上簽章；如果您因投保新的保單而辦理降低保險金額、繳清、展期、險種轉換或終止契約，請再次確認本次辦理之項目符合您的需求。
	聯絡電話： _____ 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

(本申請書所有簽名部份應由當事人本人親自簽章屬實無誤，如有虛偽不實，簽名人願負法律上應負之責任)



## 一、填寫申請書時之注意事項

1. 本申請書構成原契約之一部份，各項資料之填寫及告知請以正楷填寫。
2. 本申請書填寫時如有塗改，請要保人於塗改處簽名，如未簽名者，請重新填寫申請書辦理。
3. 各項申請或變更如須加收保費或其他費用者，未經本公司通知收費，請勿先行繳付各項費用。
4. 要/被保險人申請變更時未滿20歲，申請書須經法定代理人簽名同意。
5. 申請下列項目，請填具「健康告知暨聲明書」
  - A、 附加本人之各項附加契約。
  - B、 附加配偶或子女之各項附加契約。
  - C、 停效超過六個月之復效申請。
6. 本公司於必要時得修訂以上之規定。
7. 保戶e通知：  
本公司為更迅速提供各項通知訊息，並多元化提供服務管道，提供特定通知單以電子郵件傳遞方式取代傳統書面郵寄。申請使用保戶e通知須提供E-mail Address。申請保戶e通知寄送後，將適用同一要保人名下在中國人壽所有有效個人保單(含日後投保之保單)。『因Yahoo、PC-home等免付費信箱易將本公司信件予以阻擋或延送，為免影響您的權益，建議使用其他電子信箱。』  
保戶e通知分為「通知單」、「對帳單」、「送金單」，若各類別表單明細調整時，將更新於本公司企業網站上，請詳www.chinalife.com.tw/保戶服務/各式申請書下載/線上服務/保戶e通知表單明細。
8. 自行郵寄申請書辦理者，請郵寄至 **403 台中市西區五權路2-107號11樓 保單作業部收**

## 二、業務員報告書

- (一) 是否於申請時洽晤要保人、被保險人及法定代理人本人(當要保人或被保險人為未成年者時)，並請保戶提供兩種個人身分證明文件與保戶本人核對無誤後於本業務員報告書註明?(已連結外幣基金者申請要保人變更，請保戶提供雙證件影本或由業務員做雙證件驗證事宜，並將驗證結果填寫於業務員報告書。)
- 是 否，若否，請詳述原因：\_\_\_\_\_
- 保戶為**本國國民**：第一身分證明文件必須為國民身分證(或戶口名簿，限用於年齡14歲以下未有國民身分證之未成年人)；第二身分證明文件可為下列任一文件(若要保人、被保險人及法定代理人為不同人時，以下資料需分別填寫)：
    - 駕照(請註明駕照號碼為\_\_\_\_\_ )、 健保卡(請註明身分證字號為\_\_\_\_\_ )
    - 護照(請註明護照號碼為\_\_\_\_\_ 及效期截止日期為\_\_\_\_\_ )等。
  - 保戶為**本國法人**：負責人之身分證明文件(參考前項之第一身分證明文件)及公司變更登記表、營利事業登記證及最近一年度所得稅結算申報書等。
  - 如保戶為**外國人**：依特殊身分核保規則所訂之居留證、護照、合法工作證明文件、中華民國統一證號資料表及戶口名簿等及其規定辦理之。
- ◎業務員聲明事項：本人已核對要保人、被保險人及法定代理人兩種個人身分證明文件，並確認其身分、職業(含工作內容)及地址與契約內容變更申請書填寫內容一致。
- (二) 本人了解保戶之戶籍地址不可授權為他人地址，並同時確認保戶之住所(通訊地址)、戶籍地址皆真實正確且不得為本人住家、戶籍地址或通訊處地址；若與本人相同時，請勾選下列事由以利審核評估：  
 (1) 因本人為要保人，故本契約內容變更申請書所填寫之地址為本人住家、戶籍地址或通訊處地址。  
 (2) 本契約內容變更申請書所填寫之住所(通訊地址)為本人住家或戶籍地址，因要保人/被保險人為本人之配偶子女父母同一戶籍親友。  
(倘勾選同一戶籍親友請提供雙方地址相同之證明文件。)
- (三) 過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上? 是，居住國家：\_\_\_\_\_ 否
- (四) 要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)?  
是，請說明：\_\_\_\_\_ 否
- (五) 要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序? 是 否
- (六) 其他：\_\_\_\_\_

業務員簽名： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

聯絡/行動電話： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

中國人壽客戶服務專線：0800-098-889；  
海外諮詢專線(須付費)：該國國際冠碼+886 4-3608-3600



We Share You Link  
中國人壽

## 公司使用欄

- 申請書上有立可白/立可帶...等之塗改處，請註明：\_\_\_\_\_
- 與實體文件相符  實體文件不清楚  已附轉帳授權書/薪扣同意書  流水編號不符
- 其他，請註明：\_\_\_\_\_

主管：	核保人員：	經辦：
-----	-------	-----

受理號碼	通訊處受理	保單作業部受理
------	-------	---------



\* P Q 1 1 4 Q Q 6 \*