

契約內容變更申請書(取消附約)

◎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。  
◎本申請書適用無須被保險人簽章變更項目。  
◎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"/> 16 附加契約異動	<input type="checkbox"/> 取消附加契約如右 <input type="checkbox"/> 取消所有附加契約 <b>請勾選申請原因：</b> <input type="checkbox"/> 投保其他新契約 <input type="checkbox"/> 資金運用 <input type="checkbox"/> 購買房地產 <input type="checkbox"/> 教育基金 <input type="checkbox"/> 經濟因素 <input type="checkbox"/> 其他

※付款方式一律採用匯款方式給付(限要保人本人帳戶)，日後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。  
 ※外幣帳號建議選擇指定銀行外幣匯款帳戶，若使用非指定銀行匯款時，本公司負擔匯款相關費用，收款銀行收取(或扣除)之匯款手續費由收款人負擔。  
 ※本公司指定銀行匯款帳戶請參詳「中國人壽企業網站/保戶服務/申請書、證明文件/各式申請書下載/其他文件/指定外幣匯款行庫一覽表(適用本公司給付款項)」。

**匯款帳號【限要保人帳戶，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。】**

中文戶名：\_\_\_\_\_ 銀行(郵局)/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。

**為維護您的權益，提醒您務必於終止保險契約/取消附約前確認已詳閱並充分了解下列重要事項：**

- |  |  |
|--|--|
| <p>一. 申請保險契約終止/取消附約者，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。</p> <p>二. 保險契約終止後，其所附加之各項有效附約將依您所勾選之方式處理。</p> <p>三. 保險契約終止/取消附約時，可能無法全額領回已繳保險費。</p> <p>四. 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。</p> <p>五. 保險契約終止/取消附約後再投保新保單時，須承擔下列風險：</p> <p>(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保險公司依保險法第 64 條解除契約。</p> <p>(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</p> | <p>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。</p> <p>(3) 再投保健康險前倘被保險人已罹患疾病，保險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。</p> <p>(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。</p> <p>(5) 投資型保險商品並非保證獲利，保戶須自行承擔投資組合的損失風險。</p> <p>六. 投資型保險商品申請終止契約贖回帳戶價值時，其實際給付金額依契約條款之約定計算，有可能因投資標的淨值變動(外幣計價之投資標的，另有匯率變動的影響)而與您於申請終止契約當日或之前所查詢的金額有所差異，請特別注意。</p> |
|--|--|

※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，與本人關係為 \_\_\_\_\_。

業務員/受託人/見證人填寫欄	本人(要保人)已詳閱本申請書內容與背面「壽險業履行個人資料保護告知義務內容」、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：_____ 業務員：_____ 登錄證字號：_____ 聯絡電話：_____ 單位/分行主管：_____ 受託人：_____ 見證人：_____ 經紀人代理人公司之簽署人：_____ (簽章)	此致 <b>中國人壽保險股份有限公司</b> 要保人：_____ 法定代理人：_____ (請填寫下列資料) 法定代理人身分證字號/出生日期/國籍/關係：_____ ◎ <b>本公司未授權業務人員收取現金/支票繳交契約變更補費款項，請見注意事項。</b> ◎ 要保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。不識字者得以捺指手印代替簽名，但須有二位以上已成年之見證人在旁簽名，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。 聯絡電話：_____ 申請日期：_____年_____月_____日 如有電訪需求時，要保人之合適電訪時間 <input type="checkbox"/> 上午(8:30-12:00) <input type="checkbox"/> 下午(13:00-18:00) <input type="checkbox"/> 不拘

(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)

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：\_\_\_\_\_

**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。

#### 填寫申請書時之注意事項

- 一. 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。
- 二. 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。
- 三. 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。
- 四. 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。
- 五. 本公司於必要時得修訂以上之規定。
- 六. **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**
- 七. \*繳費方式說明\*
  - A. 劃撥繳款：劃撥單至郵局劃撥繳款(如以劃撥方式繳款，其代收手續費用將由公司支付)。劃撥至以下帳戶：帳號：50109667號 戶名：中國人壽保險股份有限公司，並請於劃撥單背面通訊欄註明保險單號碼、要保人姓名。
  - B. 匯款單：持全行代收專戶繳款單至代收銀行機構繳款。



We Share We Link  
中國人壽

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+886-2-6601-5760

#### 公司使用欄

<input type="checkbox"/> 申請書上有立可白/立可帶...等之塗改處，請註明：_____
<input type="checkbox"/> 與實體文件相符
<input type="checkbox"/> 實體文件不清楚
<input type="checkbox"/> 已附轉帳授權書/薪扣同意書
<input type="checkbox"/> 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