



功能性契約轉換變更申請書暨重要事項確認聲明書

保單號碼	要保人	被保險人
原契約		轉換後新契約
原契約為 _____ 年期 _____ 險種 <input type="checkbox"/> 全部保額轉出(全部保額轉出者，原契約附加之繳費附約將一併取消) <input type="checkbox"/> 部份保額轉出 原契約轉出保額(幣別：台幣) _____ 萬元 轉出後剩餘保額(幣別：台幣) _____ 萬元		轉換後新契約為 <u>中國人壽享樂活遞延年金保險</u> (轉換計算基礎為保單價值準備金)
年金給付	被保險人國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____ (其他國籍)，本人具美國稅務居民身分 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 郵寄支票至要保人保單收費地址(受款人限被保險人) <input type="checkbox"/> 匯款 戶名(限被保險人) _____ / _____ 銀行(郵局) _____ 分行 (局號)/帳號 _____	
重要事項確認聲明內容		
經 貴公司以 <input type="checkbox"/> 業務人員親送 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 電子郵件(敬請勾選，可複選)方式，提供轉換後契約完整內容之保險契約條款樣張予本人，本人並就保險契約相關重要事項之聲明如下： 一、轉換後之保險契約條款樣張已由中國人壽保險股份有限公司提供，本人知悉轉換後的契約內容。 二、轉換時原契約如有保單借款本息未還清者，須先扣除前項款項金額。 三、轉換為年金險注意事項：本人已審閱原契約部分解約與轉換年金險金額比較表，且了解轉換為年金險後，年金開始給付後除不能解約、保單借款或縮小保額，亦無壽險保障。並已知悉轉換年金險後，總領年金金額可能低於原保險契約轉出保額所對應之部份解約總領金額。 <b>四、本人知悉保單辦理功能性契約轉換後，除下列情形外，公司應提供客戶回復原契約之權利。</b> 1. 轉換生效日後發生原契約約定之保險事故，且未能舉證本公司有不實引導轉換之情形。 2. 自轉換生效日起三年後客戶始主張撤銷該次轉換，且未能舉證本公司有不實引導轉換之情形。 3. 轉換後之契約已開始給付保險金或已有申請理賠記錄。 五、本人已詳閱過轉換時應檢附的各項文件，且了解轉換前後商品包含保障期間、給付項目及預定利率等差異。 六、本人知悉原契約轉出部份自公司同意轉換生效的「保單週年日」起消滅，若於轉換生效日前發生保險事故，則依原契約條款約定辦理。轉換後契約自公司同意轉換生效的「保單週年日」起生效，其契約之權利義務，依照轉換後之契約條款約定辦理。		

<b>業務員/受託人/見證人填寫欄</b> 業務單位：  業務員： (簽章) 登錄證字號： 聯絡電話： 單位/分行主管： (簽章) 受託人： (簽章) 見證人： (簽章) 經紀人代理人公司之簽署人： (簽章)	本人(要保人/被保險人)已詳閱本申請書內容、重要事項確認聲明內容、壽險業履行個人資料保護法告知義務內容等注意事項，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。 <p style="text-align: center;"><b>此致 中國人壽保險股份有限公司</b></p> 要保人： _____ (簽章) (應由本人依保單最後登載之簽名方式親自簽名，您的簽名即表示您已充分瞭解並同意本聲明書內容) 被保險人： _____ (簽章) (應由本人依保單最後登載之簽名方式親自簽名，您的簽名即表示您已充分瞭解並同意本聲明書內容) 法定代理人： _____ (簽章) ① 要/被保險人未滿七歲，由法定代理人代為簽名；七歲(含)以上未滿二十歲者，請由本人親自簽名並應經法定代理人親自簽名同意(並同時辦理簽章樣式變更)。不識字者得以捺拇指手印代替簽名，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。 ② 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：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
<b>(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)</b>	

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)人身保險(○○一)。(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。
- 二、蒐集之個人資料類別：姓名、身份證統一編號、匯款帳號等，其他詳如契約變更申請書內容。
- 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、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、本公司作業委外機構、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)查詢、請求閱覽或請求製給複製本。(2)請求補充或更正。(3)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、台端不提供個人資料所致權益之影響： 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，因此可能婉謝契約內容變更、遲延或無法提供 台端保險契約內容變更相關服務或給付。

#### 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. 本公司於必要時得修訂以上之規定。
6. **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**

**中國人壽客戶服務專線：0800-098-889**

#### 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"/> 實體文件不清楚相符
<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



\* P 0 1 5 2 0 0 2 \*