



富邦人壽契約內容變更/復效/復繳暨保險單補發申請書(繁式)

請填寫保單號碼
每張保單需填寫一張申請書
勿多張保單共用一份申請書

- 原富邦保單 猶豫期變更
- 原安泰保單 保全變更

保單號碼：

要/被保人： 申請日期：年月日

茲向富邦人壽保險股份有限公司申請保險契約內容作如下之變更，本人並同意本申請書經貴公司簽章同意後，將構成原保險契約之一部分。

壹、保單契約內容變更 請填寫變更後內容，不擬變更之項目，無須填寫

一、繳清 1. 本契約辦理繳清(含主契約及各項壽險附約)，繳清生效同時取消其他附加附約。
 2. 2-1. 主契約繳清 2-2. 定期壽險附約繳清 2-3. 重大疾病保險附約繳清 2-4. 終身壽險附約繳清
 2-5. 養老險附約繳清 2-6. 防癌養老險附約繳清 (繳清後紅利選擇方式一律依條款約定，不得變更)
 ※請詳背面填寫說明及注意事項第五項，擇一勾選

二、展期 1. 本契約辦理展期(含主契約及各項壽險附約)，展期生效同時取消其他附加附約。
 2. 2-1. 主契約展期 2-2. 定期壽險附約展期 2-3. 重大疾病保險附約展期 2-4. 終身壽險附約展期
 2-5. 養老險附約展期 2-6. 防癌養老險附約展期 (展期後紅利選擇方式一律依條款約定，不得變更)
 ※請詳背面填寫說明及注意事項第五項，擇一勾選

三、免核保增額20% 因： 1. 滿五周年年度 2. 被保險人結婚 3. 子女出生 4. 配偶身故
 申請增加： 1. 主契約 2. TR(NTR) 3. PDR/WDR/PDRA/WDR 之訂約時投保金額 20%

四、免核保增額25% 因： 1. 滿五周年年度 2. 被保險人結婚 3. 子女出生
 申請增加： 1. 主契約 2. NTR 3. PDR/WDR/PD 請填寫變更後內容，不擬變更之項目，無須填寫

五、主被保險人契約內容變更 (僅需填寫欲變更項目及其變更後內容總額)

保險種類	完全取消	僅需填寫欲變更項目及其變更後內容總額		
		繳費年期	保障(額)	其他說明
主契約險種變更為_____	<input type="checkbox"/>	_____年	單位/_____萬元	LHIF/NRC/NRGE保額_____元
定期壽險附約 <input type="checkbox"/> (請填選項號碼) 請詳第5頁註1	<input type="checkbox"/>	_____年	_____萬元	
重大疾病保險附約 <input type="checkbox"/> (請填選項號碼) 請詳第5頁註2	<input type="checkbox"/>	_____年	_____萬元	
終身壽險附約 <input type="checkbox"/> 請填選項號碼 1.IWR 2.IWRF 3.IWRK 4.IWRP 5.IWRQ 6.IWRZ 7.NIWR 8.WLRA	<input type="checkbox"/>	_____年	_____萬元	
養老險附約 <input type="checkbox"/> 請填選項號碼 1.EMRA 2.ENRA 3.NRSR	<input type="checkbox"/>	_____年	_____萬元	
防癌養老險附約 NCER	<input type="checkbox"/>			請填寫變更後內容，不擬變更之項目，無須填寫

六、契約內容變更 (僅需填寫欲變更項目及其變更後內容總額)

與主被保人關係	1. <input type="checkbox"/> 本人 2. <input type="checkbox"/> 配偶	1. <input type="checkbox"/> 配偶 2. <input type="checkbox"/> 子女	子女	子女				
姓名								
身分證號碼 (新增眷屬請填寫此欄)								
出生日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日				
新身分證號碼								
身分證號碼 變更原因	1. <input type="checkbox"/> 自始寫錯 3. <input type="checkbox"/> 換人 2. <input type="checkbox"/> 其他_____	1. <input type="checkbox"/> 自始寫錯 3. <input type="checkbox"/> 換人 2. <input type="checkbox"/> 其他_____	1. <input type="checkbox"/> 自始寫錯 2. <input type="checkbox"/> 其他_____	1. <input type="checkbox"/> 自始寫錯 2. <input type="checkbox"/> 其他_____				
保險種類(請填選項號碼)	完全取消	變更/加保	完全取消	變更/加保	完全取消	變更/加保	完全取消	變更/加保
傷害身故及殘廢保險金 NADD	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元
傷害醫療保險金 1.NMR 2.NMRS	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____萬元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____萬元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____萬元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____萬元
意外傷害住院醫療保險 AH1	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位
富邦一年定期心安附約 211R	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元
死亡及殘廢保險金 AD&D	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元
傷害醫療保險金 1.MR 2.MRS	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____萬元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____萬元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____萬元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____萬元

01020070112

970600001

每月意外失能給付 1.20年TDI 2.終身WDI	<input type="checkbox"/>	選項□ _____萬元	<input type="checkbox"/>	辦理附約加退保，請填寫『變更』	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
富邦傷害死殘 1.ADDF 2.ADA 3.ADB	<input type="checkbox"/>	選項□ _____萬元	<input type="checkbox"/>	選項□保額 _____萬元	<input type="checkbox"/>	選項□ _____萬元	<input type="checkbox"/>	選項□ _____萬元
富邦傷害醫療保險附約 AHR	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元
富邦傷害住院日額 1.HIIF 2.HI1 3.HIA 4.HIB	<input type="checkbox"/>	選項□ _____元	<input type="checkbox"/>	選項□ _____元	<input type="checkbox"/>	選項□ _____元	<input type="checkbox"/>	選項□ _____元
富邦傷害醫療限額 1.MRF 2.MR1 3.MRA 4.MRB	<input type="checkbox"/>	選項□ _____萬元	<input type="checkbox"/>	選項□ _____萬元	<input type="checkbox"/>	選項□ _____萬元	<input type="checkbox"/>	選項□ _____萬元
富邦歲歲平安傷害附約 NIPR	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元
新住院醫療定期健康保險 附約HSRN	<input type="checkbox"/>	計劃_____	<input type="checkbox"/>	計劃_____	<input type="checkbox"/>	計劃_____	<input type="checkbox"/>	計劃_____
新健康醫療定額附約NHSD	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位
防癌終身健康保險附約 PCC	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位
富邦安心住院定額附約 HJR	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元
富邦新住院日額附約1.HIR 2.HIRB	<input type="checkbox"/>	選項□ _____元	<input type="checkbox"/>	選項□ _____元	<input type="checkbox"/>	選項□ _____元	<input type="checkbox"/>	選項□ _____元
富邦終身醫療附約 1.LHR 2.LHRF	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____元	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____元	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____元	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____元
富邦(新)綜合住院醫療 1.HR 2.NHR	<input type="checkbox"/>	選項□ _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□ _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□ _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□ _____單位
住院醫療保險 1.SHS 2.HSR	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____型 計劃_____	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____型 計劃_____	<input type="checkbox"/>	選項□_____型 計劃_____	<input type="checkbox"/>	選項□_____型 計劃_____
住院醫療保險NHSR	<input type="checkbox"/>	_____年期 計劃_____	<input type="checkbox"/>	_____年期 計劃_____	<input type="checkbox"/>	計劃_____	<input type="checkbox"/>	計劃_____
住院醫療保險XHSR	<input type="checkbox"/>	_____年期 計劃_____	<input type="checkbox"/>	_____年期 計劃_____	<input type="checkbox"/>	計劃_____	<input type="checkbox"/>	計劃_____
日額型住院醫療保險 1.THI 2.PHIA 3.PHIB 4.NPHA 5.NPHB 6.CHIA 7.CHIB	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位
日額型住院醫療保險 1.NTHI 2.NNHA 3.NNHB 4.NCHA 5.NCHB	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位
日額型住院醫療保險 1.XTHI 2.XPHA 3.XPHB 4.XCHA 5.XCHB	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位
定額型手術醫療保險1.TSI 2.PSI 3.NPSI 4.CSI	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位
富邦住院醫療 1.HSRF 2.HSRB	<input type="checkbox"/>	選項□ _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□ _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□ _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□ _____單位
富邦住院醫療定期 終身1.PHI 2.PHIK 3.PHIP 4.PHIZ	<input type="checkbox"/>	選項□ _____元	<input type="checkbox"/>	選項□ _____元	<input type="checkbox"/>	選項□ _____元	<input type="checkbox"/>	選項□ _____元
新癌症醫療終身保險PCB	<input type="checkbox"/>	_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	_____年期 _____單位
新癌症醫療終身保險NPCB	<input type="checkbox"/>	_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	_____年期 _____單位
新癌症醫療終身保險XPCB	<input type="checkbox"/>	_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	_____年期 _____單位

健康險

富邦(新)防癌定期 附約1.CTR 2.CTRA 3.CTRK 4.CTRP 5.CTRZ	<input type="checkbox"/>	選項□ _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□ _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□ _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□ _____單位
富邦(新)防癌終身附約 1.CWR 2.CWRA 3.CWRK 4.CWRP 5.CWRZ 6.CWRQ 7.CWRS	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項□_____年期 _____單位

加保之眷屬請於此欄簽名

<input type="checkbox"/> 1.TCA 2.PCA 3.NPC (B.C型者請填眷屬姓名、ID、生日)	<input type="checkbox"/> 1. 完全取消; 2. 變更後_____年_____單位; 型別 <input type="checkbox"/> 1. A型 2. B型 3. C型
<input type="checkbox"/> NTCA (B.C型者請填眷屬姓名、ID、生日)	<input type="checkbox"/> 1. 完全取消; 2. 變更後_____年_____單位; 型別 <input type="checkbox"/> 1. A型 2. B型 3. C型
<input type="checkbox"/> XTCA (B.C型者請填眷屬姓名、ID、生日)	<input type="checkbox"/> 1. 完全取消; 2. 變更後_____年_____單位; 型別 <input type="checkbox"/> 1. A型 2. B型 3. C型

配偶姓名	配偶ID	配偶出生年月日	年 月 日
子女姓名	子女姓名	子女姓名	子女姓名

失能保險附約60@DI	<input type="checkbox"/> 1. 完全取消 2. 年收入_____萬元, 變更後保額_____萬元	<input type="checkbox"/> 免責期 1. 15天 2. 30天 3. 60天 4. 365天
失能保險附約60@NDI	<input type="checkbox"/> 1. 完全取消 2. 年收入_____萬元, 變更後保額_____萬元	<input type="checkbox"/> 免責期 1. 15天 2. 30天 3. 60天 4. 365天
失能保險附約60@XDI	<input type="checkbox"/> 1. 完全取消 2. 年收入_____萬元, 變更後保額_____萬元	<input type="checkbox"/> 免責期 1. 15天 2. 30天 3. 60天 4. 365天

配偶重大疾病終身壽險FDWR 1. 取消 2. 保額降低為_____

保險費豁免附約 1.WP 2.WPA (變更要保人者, 請填寫在基本資料變更中的要保人變更項目) 1. 完全取消 2. 新加保

退休年金(RA)	1. <input type="checkbox"/> 取消	豁免保費附約(WPRB)	1. <input type="checkbox"/> 取消
定期壽險附約(LTR)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 保額降低為_____	重大疾病附約(DLR)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 保額降低為_____
傷害險附約(PAR)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 保額降低為_____	傷害險附約(MRG/SMR)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 保額降低為_____
防癌保險附約(CR)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 單位降低為_____	住院醫療日額附約(HI)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 計劃降低為_____
住院醫療定額附約(NS1/NS2/NS3/NS4)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 單位降低為_____	住院醫療附約(DHS/HS1/HS2/HS3)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 計劃降低為_____
配偶住院醫療日額附約(HIS)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 計劃降低為_____	子女住院醫療日額附約(HIC)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 計劃降低為_____
配偶住院醫療(HSS1/HSS2/HSS3/DHSS)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 計劃降低為_____	子女住院醫療附約(HSC1/DHSC/HSC2)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 計劃降低為_____
配偶住院醫療定額附約(NHSS/NSS2/NSS3/NSS4)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 單位降低為_____	子女住院醫療定額附約(NSC1/NSC2)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 單位降低為_____
配偶傷害險附約(FS5/YS5/FS4/YS4/SFS5/SFS4/SYS5/SYS4/YS3/FS3)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 計劃降低為_____	子女傷害險附約(FC5/YC5/FC4/YC4/SFC5/SFC4/SYC5/SYC4/YC3/FC3)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 計劃降低為_____
家庭型傷害險附約(F1/F2/Y1/Y2)	1. <input type="checkbox"/> 取消	配偶防癌保險附約(CRS/CSG)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 單位降低為_____
子女防癌保險附約(CRC)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 單位降低為_____	子女住院醫療定額附約(NSC3)	1. <input type="checkbox"/> 取消 2. 單位降低為_____
子女ID: _____ 姓名: _____		子女ID: _____ 姓名: _____	

七、受益人變更 (僅需填寫欲變更項目及其變更後內容) 請填寫變更後內容, 不擬變更之項目, 無須填

變更項目	姓名	身分證號碼	與被保險人關係	請填受益人順位或均分或分配比例
1. 生存保險金受益人(教育保險金)				
2. 滿期保險金受益人				
3. 祝壽保險金受益人				
4. CIW立業保險金受益人				
5. 身故保險金受益人 (眷屬之癌症醫療保險及意外傷殘保險身故保險金受益人為主被保險人本人, 若需另行指定, 請於其他欄註明眷屬姓名、受益人姓名、關係、分配方式)				
6. 身故後年金受益人(限年金險)				

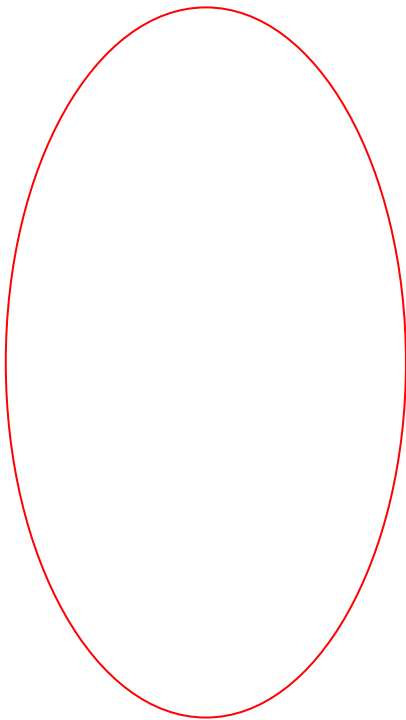
八、基本資料變更 (僅需填寫欲變更項目及其變更後內容) 請填寫變更後內容, 不擬變更之項目, 無須填

變更項目	姓名	新身分證號碼/居留證統一證號	國籍	與被保險人關係
------	----	----------------	----	---------

1. 要保人(口變更為另一人)
(辦理要保人變更者, 新要保人須無條件
承受變更前本保單之權利義務, 且須填
寫新要保人之生日、地址於補充聲明欄)

(請填選項號)
0. 本人; 1. 父母; 2. 子女;
3. 配偶; 4. 雇傭;
5. 其他_____

*0102007



變更項目	姓名	新身分證號碼/居留證統一證號	身分證號碼變更原因
2. 被保險人 (僅限於更正被保險人姓名、身分證號碼、出生年月日)	出生年月日變更	年 月 日	1. <input type="checkbox"/> 自始寫錯 2. <input type="checkbox"/> 其他_____

3. 職業變更：_____ (請詳述職位及工作性質, 含兼職) 職業代碼：□□□□□
兼業代碼：□□□□□
公司地址：□□□ _____ 電話：_____

4. 要保人住所：郵遞區號□□□□□ _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/區/市 _____ 村/里 _____ 路/街 _____ 段
_____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____
電話 _____ - _____ 分機 _____ 手機 _____
E-Mail _____ 數字零請寫0，英文I請寫成i，l請寫成L

九、申請加入現有彙繳團體 彙繳編號：□□□□□□□□□□

1. 公司/團體名稱：_____ 員工姓名：_____ 職稱：_____

2. 與員工關係： (請填選項號碼) 1. 本人 2. 父母 3. 配偶 4. 子女 5. 兄弟姊妹 蓋章：_____

十、繳法： (請填選項號碼) 1. 年繳 2. 半年繳 3. 季繳 4. 月繳(收費件不得為月繳)

十一、紅利給付方式： (請填選項號碼) 1. 現金給付 2. 購買繳清保險 3. 抵繳保費 4. 儲存生息
(若投保不分紅保單，則不參加紅利分配，並無紅利給付項目)

十二、聲明續期保險費未在寬限期滿前繳付，1. 同意 2. 不同意 以現金價值自動墊繳所有主附約保險費

十三、申請重新評估批註事項 取消(姓名) _____、(姓名) _____ (姓名) _____ 之批註(請填被保人姓名)

十四、 申請重新評估加費事項 (包含主約弱體等級)

貳、 保險單補發 原保險單因已 1. 遺失 2. 毀損 3. _____ 特聲明作廢，並請補發；附上補發費用新台幣170元。

參、 復效 茲依保單條款復效相關規定，請惠予辦理。(請依背面說明附健康聲明書與體檢)

肆、 復繳 茲申請償還自動墊繳本息，請惠予辦理。(本項申請僅需服務人員簽名)

伍、 提領儲存生息之紅利

陸、此次變更若有退費，請以下列帳戶轉帳給付。(本欄若未填寫，則以支票退費方式處理)

1. 抵繳保費(本人同意退費金額無息抵繳下期續期保費)

2. 銀行自動轉帳：戶名：_____ 銀行 _____ 分行

帳號：_____ 帳戶所有人之身分證號碼：_____

3. 繳款指示聲明書(請同時檢附繳款指示聲明書)
說明：轉帳之帳戶需為要保人本人之銀行存款帳戶或郵局帳戶 亦需為新要保人所有

柒、補充說明欄

被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

(應由本人依要保書簽名方式親自簽名，未滿七歲由法定代理人簽章) (要/被保人未滿法定年齡二十歲者應由法定代理人親自簽名同意，並註明與要保人或被保險人關係：_____)

要保人簽名(章)：_____ 做見證之業務人員須確認所申請事項確為本人填寫及簽名

(應由本人依要保書簽名方式親自簽名，公司團體請蓋原留印鑑章)

服務處：_____ 服務人員(即見證人)簽名：_____ 身分證號碼：_____

(茲證明本申請書確為要保人、法定代理人親簽屬實，檢附之影本文件與正本無誤，如有虛偽不實，本人等願負法律上應負之責任。)

單位主管簽名/保、經代簽署章：_____ 白天易聯絡電話：_____

行專受理卡鐘欄

本申請書須於填寫五個工作日內送達本公司受理辦理始生效力(以本公司打卡鐘為準)，逾期本申請書自動喪失變更時效。本申請書填寫注意事項請詳背面說明。

01020070145

填寫說明及注意事項

一、主契約轉換(即險種變更)

契約轉換後，有關於未來理賠的應注意事項：

●轉換後契約之死亡保額高於或等於原保險契約之約定，而有下列情形之一者，其轉換不成立，保險人仍應依原保險契約之規定辦理。

1. 要保人申請契約轉換時，對保險人的書面詢問有故意隱匿，或因過失遺漏或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計，經保險人依保險法第六十四條之規定解除契約者。
2. 轉換後二年內自殺或自殘廢者。
契約轉換後，若轉換後契約之死亡保險金額低於原保險契約之約定，則依轉換後契約之規定辦理，但有關轉換後契約之解除權行使及除外責任條款，仍應溯及原保險契約生效日起算。
3. 轉換(變更)後二年內因犯罪處死、拒捕或越獄致死或殘廢者，而轉換(變更)後契約之各類保險金額高於或等於原保險契約者。
4. 保險契約於轉換(變更)生效日前已發生保險事故者；若有殘廢給付或豁免保險費之一八〇日等待期間於契約轉換(年期變更)生效後始屆滿而確定殘廢之情形者，亦同。
上述情形，若轉換(變更)後契約已繳保險費高於原保險契約於轉換(變更)生效日至保險事故發生時各期應繳保險費的總額時，本公司應無息退還其差額。若轉換(變更)後契約已繳保險費低於原保險契約於轉換(變更)生效日至保險事故發生時各期應繳保險費的總額，要保人應補繳其差額。

二、保單補發：停效中保單不予受理(但復效同時辦理補發不受此限)。

三、復效

1. 申請保單復效，請於停效日起二年內為之，逾期不得申請復效。

2. 自停效日起算超過六個月(不含)申請復效者：

- (1) 復效件申請前需進行「復效件預先審查作業」，請業務同仁依保單資料及保戶健康狀況，填寫「復效件預先審查申請單」，傳真至指定單位。
- (2) 應備文件：健康聲明書、復效件預先審查申請單、復效件預先審查申請單上所載明之必要檢附文件(含體檢資料、病歷資料等)，其體檢需求如下：

自停效日起算超過六個月但在一年(含)內申請復效者	50歲(含)以內	經公司同意，得以健康聲明書代替體檢
	50歲以上	需體檢
自停效日起算超過一年申請復效者	需體檢	

註：經本公司同意，以健康聲明書代替體檢者，仍得因案件需要，請保戶配合體檢、提供相關之檢查資料或病歷資料等其它證明文件，以便審查。

3. 經復效審核完成後，若該保單續期收費方式為轉帳或信用卡，則公司將自行至保單授權帳戶或信用卡請領應補的保費；若該保單續期繳費方式非轉帳或信用卡，應補的保費均以復效送金單收費，請業務同仁於收到送金單後7日內，收回應補之金額。復效送金單須以現金或即期支票繳納。

四、復繳

1、復繳時如欲同時辦理保全變更，比照一般保全變更規定辦理(請注意各項變更可申請的時間規定)。

2、若僅申請復繳，於取得要保人同意後，本申請書由業務同仁填寫即可，不須保戶簽名。

五、繳清/展期

主契約申請繳清時，所附加之附約：

- (1) 各壽險附約，其投保申請日為96年9月1日(含)之後者，若未同時申請繳清或取消，其附約效力繼續繳費繼續有效，保障至保障期滿日。
- (2) 傷害險/健康險附約：NAI(NADD/NMR/NMRS)投保申請日為96年6月10日(含)之前者，及其他附約投保申請日為96年8月31日(含)之前者，依條款約定各附約效力即行終止。未符合上述投保申請日之附約，若未同時申請取消之附約，其附約效力繼續繳費繼續有效，保障至保障期滿日。

2、主契約申請展期時，所附加之附約：

- (1) 各壽險附約，其投保申請日為96年9月1日(含)之後者，若未同時申請展期或取消，經核准後其附約當期保費已繳者，終止生效日為“當期已繳保費期滿日”；如當期保費未繳者，終止生效日為“應繳未繳日”。
- (2) 傷害險/健康險附約：NAI(NADD/NMR/NMRS)投保申請日為96年6月10日(含)之前者，及其他附約投保申請日為96年8月31日(含)之前者，依條款約定各附約效力即行終止。未符合上述投保申請日之附約，若未同時申請取消之附約，經核准後其附約當期保費已繳者，終止生效日為“當期已繳保費期滿日”；如當期保費未繳者，終止生效日為“應繳未繳日”。

六、契約內容變更

1. 附約部份若選擇完全取消，則險種選項、年期、保額、計劃型別不必填寫，僅須於完全取消欄內打勾即可。
2. 辦理主契約保額增加與加保附加合約，應附健康聲明書，但若增加後之保障內容超過本公司之免體檢規定，請依本公司規定之項目作體檢。
3. 辦理主契約、定期壽險附約或重大疾病保險附約保額縮小、減額繳清保險、展期保險與繳法變更，請於次一繳費日前兩週內提出申請。
4. 辦理主契約險種變更，請於保單周年日提出申請。
5. 申請變更要保人時，若變更後要保人與被保險人非同一人，應於申請變更要保人同時取消WP之附加。
6. 申請更正投保年齡、姓名、身分證字號時，應檢附身分證影本、戶籍謄本、戶口名簿影本或其他可資證明文件。
7. 蓋手印需有兩位見證人簽名。
8. 變更要保人，除應取得被保險人同意並簽名(章)外，新舊要保人亦需同時簽名(章)。
9. 有關保全變更作業細則請參照保全變更規則暨其他保全作業辦法或與服務中心洽詢事宜。
10. 本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本契約之商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
11. 當次辦理變更時，若變更項目有兩項(含)以上時，因其中任一變更項目需照會或補費但照會未於期限內回覆或收費(請款)失敗時，該次變更申請將全部取消。
12. 為維護 貴保戶之權益，請勿於空白申請書上簽章；且本申請書各項申請內容，請避免塗改，若有塗改，請重立申請書，或請要保人於塗改處補簽章。
13. 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，不得先行收取各項費用，除另有規定不在此限。

註1:定期壽險附約:1.TR; 2.NTR; 3.XTR; 4.LTR1; 5.LTR2; 6.NTLR; 7.RTA1; 8.RTA2; 9.RTA3; 10.RTA5; 11.RTB1; 12.RTB2; 13.TLR; 14.TLRA; 15.TLRE; 16.TLRK; 17.TLRP; 18.TLRZ

註2:重大疾病保險附約:1.DDB; 2.PDR; 3.WDR; 4.SPDR; 5.PDRA; 6.WDRA; 7.XDDB; 8.XPDR; 9.XWDR; 10.XPDA; 11.XWDA; 12.DTR; 13.DTRA; 14.DTRE; 15.DTRK; 16.DTRP; 17.DTRZ; 18.DWR; 19.DWRA; 20.DWRE; 21.DWRF; 22.DWRK; 23.DWRP; 24.DWRZ; 25.LDR1; 26.LDR2; 27.NDWR; 28.RDA1; 29.RDA2; 30.RDB1; 31.RDB2