



健康險	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 HIB	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元
	富邦傷害醫療限額 MRB	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____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 HSRN	<input type="checkbox"/>	計劃_____	<input type="checkbox"/>	計劃_____	<input type="checkbox"/>	計劃_____	<input type="checkbox"/>	計劃_____
	新健康醫療費用定額給付保險 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 PCC	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位
	富邦新住院日額附約 HIRB	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元
	富邦安心住院定額附約 HJR	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位
	富邦(新)綜合住院醫療 NHR	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位
加保之眷屬請於此欄簽名					請填寫變更後內容，不擬變更之項目，無須填寫				

**參、基本資料與受益人變更(僅需填寫欲變更項目及變更後內容總額)**

變更項目	姓名	(新)身分證號碼/居留證統一證號 ※外籍人士請加填居留證統一證號	與被保人關係	國籍
1. 要保人(□變更為另一人)			<input type="checkbox"/> (請填選項號碼) 0. 本人 1. 父母 2. 子女 3. 配偶 4. 雇傭 5. 其他_____	
外幣保單要保人英文姓名變更				

(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)  
 本人(變更後要保人)同意富邦人壽就本變更申請書之填寫說明及注意事項第八、九項說明內容辦理，相關內容請詳見第3頁背面說明。

變更項目	姓名	(新)身分證號碼/居留證統一證號	身分證變更原因
2. □主被保人 【僅限於變更主被保險人姓名、身分證號碼、出生年月日】	出生年月日更正為_____年 月 日	_____年 月 日	1. <input type="checkbox"/> 自始寫錯 2. <input type="checkbox"/> 其它_____
□次被保人(□變更為另一人) 【僅限於變額年金保險連生與遺族年金用且須為主被保人之配偶】	出生年月日更正為_____年 月 日	_____年 月 日	1. <input type="checkbox"/> 自始寫錯 2. <input type="checkbox"/> 其它_____

變更項目	姓名	身分證號碼	與被保險人關係	請填寫受益人順位或均分或分配比例
------	----	-------	---------	------------------

3. 身故保險金受益人 □主被保人				
----------------------	--	--	--	--

(眷屬之安心實意外傷害保險附約身故保險金受益人為主被保險人本人，若需另行指定，請於補充說明欄註明眷屬姓名、受益人姓名、關係、分配方式)

□次被保險人				
□身故後年金受益人(限年金險)				

4. 祝壽保險金受益人				
-------------	--	--	--	--

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

6. 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：\_\_\_\_\_

肆、保費及繳費方式變更：  
 繳法變更 (請填選項號碼) 1. 年繳 2. 半年繳 3. 季繳 4. 月繳，  
 請同時填寫變更後新繳法之計畫保費/目標保費：\_\_\_\_\_元。(若僅辦理計畫/目標保費變更，繳法不需填寫)  
 ※欲變更為以金融機構轉帳/信用卡方式繳費或變更代繳機構者，請填寫『保險費付款授權暨約定書』

\*01020072125\*

970600001

**伍、連結結構型債券投資收益/配息給付方式變更：**  
 1. 現金給付； 2. 儲存生息(選擇現金給付請同時填寫匯款資料)  
 中文戶名(限要保人)：\_\_\_\_\_ 英文戶名(限要保人)：\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 分行 帳號：\_\_\_\_\_ 帳戶所有人之身分證號碼：\_\_\_\_\_

**陸、年金給付方式變更：**  
 年金給付開始日：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(自生效日起算至少十年)  
 年金給付期間： (請填選項號碼) 1. 10年 2. 15年 3. 20年 4. 終身  
 年金保證期間： (請填選項號碼) 1. 5年 2. 10年 3. 15年 4. 20年(保證期間不可大於年金給付期間)  
 年金給付方式： 一次給付  
 (限擇一填寫)  分期給付：1. 年給付 2. 半年給付 3. 季給付 4. 月給付  
 連生與遺族年金(限 FFVA/FPVA 填寫且務必填寫次被保人姓名、身分證號及生日)

**柒、 停止繳付計畫保費進入保費緩繳期  恢復繳付計畫保費終止保費緩繳期**

**捌、申請重新評估批註事項(請附上健康聲明書)**  
 取消(姓名)\_\_\_\_\_ (姓名)\_\_\_\_\_ (姓名)\_\_\_\_\_ 之批註(請填被保險人姓名)

**玖、 申請重新評估加費事項(請附上健康聲明書)**

**拾、 保險單補發** 原保單因已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。

**拾壹、 保單復效** 茲依保單條款復效相關規定，請惠予辦理。(請依背面說明及注意事項第五項，並檢附健康聲明書與體檢)

**拾貳、此次申請若有退費，請以下列帳戶給付。(外幣保單請同時填寫英文戶名及外幣存款帳戶。下列欄位若未填寫，將以支票給付處理)**

1.  銀行轉帳：中文戶名：\_\_\_\_\_ 英文戶名：\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 分行 帳號：\_\_\_\_\_  
 帳戶所有人之身分證號碼：\_\_\_\_\_ (限匯入要保人帳戶)  
 2.  繳款指示聲明書(請同時檢附繳款指示聲明書)

**拾參、保單帳戶價值通知方式** (請務必二擇一勾選)  1. 書面通知  2. E-mail 通知(提醒您請同時填寫前頁要保人 E-mail)

**拾肆、補充說明欄**

**◎重要告知事項**  
 一、以外幣匯款或其他外幣工具支付所生的費用於銀行收、付、轉付過程的費  
 二、大吉大利外幣投資連結型遞延年金保險乙型：自投資起始日開始，本公司  
 三、投資連結型商品之各項變更文件，以送達富邦人壽保險股份有限公司為受理基準日，當日之申請文件須於每日下午 4:00 前送達富邦人壽保險股份有限公司，逾時則於次日受理。

要、被保人務必於申請書上簽名，樣式須與要保書一致

**被保險人簽名：**\_\_\_\_\_ (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)  
**次被保險人簽名：**\_\_\_\_\_ (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)  
**要保人簽名(章)：**\_\_\_\_\_ (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)  
**法定代理人簽名：**\_\_\_\_\_ (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：\_\_\_\_\_)

你是否同意如有簡單照會事項由我們承辦同仁直接以電話和保戶確認，如是，請填寫要保人本人白天聯絡電話。謝謝！  
 電話：\_\_\_\_\_

若要、被保人同一人，且未滿 20 歲，須法定代理人簽章

**服務處：**\_\_\_\_\_ **服務人員(即見證人)簽名：**\_\_\_\_\_ (茲證明本申請書確為要被保人、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：**\_\_\_\_\_ **電話：**\_\_\_\_\_

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

**行專受理卡鐘欄**

本申請書須於填寫五個工作日內送至本公司各地營業處所辦理(以本公司打卡鐘日為準)，逾期本申請書自動喪失變更時效。

## 填寫說明及注意事項

- 一、申請書係保險契約的構成部份，各項資料之填寫及告知均應慎重，並不得塗改。若有塗改，請重立申請書。
- 二、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。
- 三、投資標的轉換與投資配置及比例的變更，各項基金投資比例需依各商品規定，變更後分配比例總和需為 100%，所選擇之投資標的需為公司現有且供投資之基金帳戶。
- 四、部份終止申請(減少保單帳戶價值)：每次減少之保單帳戶價值金額及減少後之保單帳戶價值餘額，依各商品之條款約定辦理。投資型商品於保險期間辦理縮小保額、部分投資終止或減少保單帳戶價值，本公司不保證投資標的之投資收益。辦理縮小保額、部分投資終止或減少保單帳戶價值造成投資之盈虧，本人已瞭解知悉。每次異動申請，本公司將優先處理增額保費及部份終止後，再繼續完成其他變更事項，若因此造成投資之盈虧台端已知悉且同意承擔。

### ◎涉及投資標的交易之變更：

※凡涉及投資標的交易之作業項目(例如：部分投資終止、投資標的轉換、保險費之交易等)，若於前一筆投資標的交易作業項目尚未完成前，須待前一筆投資標的交易作業項目完成後，方得執行下一筆投資標的交易作業。

※辦理投資標的轉換時，若未同時辦理保險費配置比例變更，則日後所繳交之續期保險費仍依原配置比例申請投資標的，故請一併檢視是否要辦理保險費配置比例變更。

※辦理保險費配置比例變更時，其原保單帳戶內之投資標的並不會隨同轉換，僅續次保險費將依新配置比例申請投資標的，故請一併檢視是否要辦理投資標的轉換。

※涉及投資標的交易之變更經本公司受理後即進入投資標的交易作業流程，故本公司受理後即不接受撤銷或中途更改。

### 五、契約內容變更

1. 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。
2. 蓋手印需有兩位見證人簽名。
3. 變更要保人，除應取得被保險人同意並簽名外，新舊要保人亦需同時簽名(章)。
4. 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。
5. 本申請書僅需填寫變更後保險單內容，其餘未做變更內容不必填寫。
6. 要/被保險人申請變更時若未年滿 20 歲，申請書須經法定代理人簽名同意始生效力。
7. 為保護您的權益，請依要保書原簽名(章)方式簽名(章)以便我們核對。
8. 為維護 貴保戶之權益，請勿於空白申請書上簽章。

### 六、停效中保單不予受理保單補發，每份保單補發酌收工本費 170 元。

### 七、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「預先審核作業」，請業務同仁依保單資料及保戶健康狀況，填寫「復效預先審查申請表」，傳真至指定單位。
  - (2) 應備文件：健康聲明書、預審申請單、預審單上所載明之必要檢附文件、體檢資料，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。

### 八、本人(即要保人)依法令相關規定(含中央銀行外匯局台央外伍字第○九三〇〇一八三二二號函修定)聲明同意授權富邦人壽得依所訂立之保險契約有效期間代理本人於本人之每年外匯結匯額度範圍內辦理該投資標的所需之各項結匯相關事宜。

### 九、富邦人壽代理本人辦理外幣幣別間轉換結匯，均依保險契約約定之匯率予以計算之。本人瞭解並同意承受市場匯率變動所帶來之投資風險及損益，其結匯額度應計入本人之結匯額度。

### 十、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。