



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/被保險人：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 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、基本資料與受益人變更 (僅需填寫欲變更項目及其變更後內容)

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	請填寫變更後內容，不擬變更之項目，無須填寫
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 _____

(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)

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	出生年月日變更
2. 被保險人 【僅限於變更主被保險人姓名、身分證號碼、出生年月日】			1. <input type="checkbox"/> 自始寫錯 2. <input type="checkbox"/> 其它 _____	年 月 日

變更項目	姓名	身分證號碼	與被保險人關係	請填寫受益人的順位或均分或分配比例
3. <input type="checkbox"/> 身故保險金受益人				
<input type="checkbox"/> 身故後年金受益人 (限年金險)				

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、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

肆、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項要保人 E-mail)

伍、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 (限 ISAB 填寫)  
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： (請填選項號碼) 1. 年給付 2. 半年給付 3. 季給付 4. 月給付

陸、主約保額及首期保費變更：  
主契約保險金額變更為 \_\_\_\_\_ 元 (保險金額增加請附上健康聲明書)  
首期保費變更為新台幣 \_\_\_\_\_ 元

柒、繳費方式及金額變更：  
續期保費/目標保費：新台幣 \_\_\_\_\_ 元  
繳法變更： (請填選項號碼) 1. 年繳 2. 半年繳 3. 季繳 4. 月繳 5. 彈性繳  
ISAB 指定扣款日變更： (請填選項號碼) 1. 5 日 2. 15 日 3. 25 日 (此項作業限代繳機構為金融轉帳者且單純變更扣款日)  
※欲變更為以信用卡/金融轉帳方式繳費、或變更代繳之信用卡/金融機構者，請填寫「保險費付款授權暨約定書」

捌、減少保單價值準備金  
本次欲提領之保單價值準備金為 \_\_\_\_\_ 元  
ISAB 減少年金保單價值準備金  
減少後保單價值準備金為 \_\_\_\_\_ 元

玖、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，並檢附健康聲明書與體檢)

**拾、解約** (本項申請不需被保險人簽名)

(註:提前解約將可能蒙受損失,請審慎考量)

□ (請填選項號碼) 主約辦理解約,附約之處理方式如下:1. 附約全部立即終止;2. 附約於該期已繳保費期滿後終止

※申請終止保險契約之效力,本公司依保險契約條款約定給付解約金及其他款項;但如有保險單借款、自動墊繳保險費之本息及其他任何欠繳款項,得先扣除後再行給付。本公司就本保險契約所負之責任,自申請之時終止,另聲明本申請書上之要/被保人簽章,確實為保戶本人之簽章無誤,如有任何糾紛事故,概由要/被保人負一切法律責任,與本公司無涉。

※支票寄達地址: \_\_\_\_\_ ※終止原因: \_\_\_\_\_

**拾、補充說明欄**

**拾壹、此次申請若有退費,請以下列帳戶轉帳給付。(本欄若未填寫,將以支票退費方式處理)**

1. □銀行轉帳:戶名: \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 分行 \_\_\_\_\_  
帳號: \_\_\_\_\_ 帳戶所有人之身分證號碼: \_\_\_\_\_

2. □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;若本次同時變更要保人,則轉

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: \_\_\_\_\_)

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: \_\_\_\_\_ 白天 \_\_\_\_\_ 聯絡電話: \_\_\_\_\_

行專受理卡鐘欄

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

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、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。

**四、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,並將「復效送金單藍聯」擱回保單行政處。復效送金單須以現金或即期支票繳納。
- 五、停效中保單不予受理保單補發,每份保單發酌收工本費新台幣170元。
- 六、解約:茲依保險單條款有關【契約終止】之約定申請解約;並聲明保險單作廢無效,請 貴公司准予免繳,今後如有發現上述之保單質押借款或發生其他事端致損害 貴公司時,申請人與見證人等願連帶負擔賠償責任,請惠予辦理。
- 七、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。
- 八、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。