

(僅需填寫欲變更項目及其變更後內容)

- 富邦保單 契約撤銷期變更
 原安泰保單 保全變更
 有附約新加保

保單號碼： - -

要保人： _____ 被保險人： _____ 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
為確認要保人/被保險人具意願且瞭解其申請事項，本公司有可能採取電訪或面訪方式連繫。若辦理附約新加保，請於填寫一個工作日內送達本公司保單相關人，以符合法令要求並確保您的權益。提醒您：電訪顯示代表號 02-66366850。辦理；其他變更請於填寫三個工作日內送達本公司辦理。

壹、保單契約內容變更

一、繳清 辦理繳清後，紅利選擇方式一律改以儲存生息方式辦理。主契約申請繳清者，其附約效力請詳【填寫說明及注意/約定事項】第八項請就選項1或2，擇一勾選：
 1.主契約及所有壽險附約辦理繳清，且同時取消其他附約。
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 2-7.平安守護意外傷害保險附約繳清 2-8.日額型意外傷害保險附約繳清

二、展期 辦理展期後，紅利選擇方式一律改以儲存生息方式辦理。主契約申請展期者，其附約效力請詳【填寫說明及注意/約定事項】第八項請就選項1或2，擇一勾選：
 1.主契約及所有壽險附約辦理展期，且同時取消其他附約。
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

三、注意事項 辦理第四及五項之保險金額增加或險種轉換之提醒
1.申請增加保險金額或契約轉換(變更)後契約的權利義務自增額或轉換(變更)生效日起開始發生效力，但申請增額或轉換(變更)前如已發生足以終止保險契約之保險事故者，該增額或轉換(變更)不生效力，縱使該保險事故之診斷確定日係於申請增額或轉換(變更)日後，亦同。
2.申請增加保險金額或契約轉換(變更)前已發生之保險事故，並於申請增額或轉換(變更)後始提出該已發生之保險事故理賠申請者，各項保險金之給付，仍依增額前原保險金額或轉換(變更)前原保險契約之約定辦理，不適用增額後保險金額或轉換(變更)後之保險契約，縱使該保險事故之診斷確定日係於增額或轉換(變更)生效日後，亦同。
3.申請主契約轉換(含繳費年期變更)請詳【填寫說明及注意/約定事項】第六項

四、免核保增額 下列各險種增額之比例悉依保單條款約定辦理 (請詳三、注意事項)
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.定期壽險附約 3.重大疾病保險附約

五、主被保險人契約內容變更

保險種類	完全取消	繳費年期	保險金額	其它說明
主契約險種變更為 _____ (請填險種代號) (請詳三、注意事項)		_____ 年	單位/萬元	保險金額 _____ 元 請詳【填寫說明及注意/約定事項】註1
定期壽險附約 _____ (請填險種代號) (請詳三、注意事項及【填寫說明及注意/約定事項】註2)	<input type="checkbox"/>	_____ 年	_____ 萬元	
重大疾病保險附約 _____ (請填險種代號) (請詳三、注意事項及【填寫說明及注意/約定事項】註3)	<input type="checkbox"/>	_____ 年	_____ 萬元	
終身壽險附約 _____ (請填險種代號) (請詳三、注意事項及【填寫說明及注意/約定事項】註4)	<input type="checkbox"/>	_____ 年	_____ 萬元	
養老險附約 (請擇一勾選) <input type="checkbox"/> 1.EMRA <input type="checkbox"/> 2.ENRA <input type="checkbox"/> 3.NRSR	<input type="checkbox"/>	_____ 年	_____ 萬元	
防癌養老險附約 NCER	<input type="checkbox"/>		_____ 萬元	
特定傷病終身健康保險附約 (請擇一勾選) <input type="checkbox"/> 1.XAR <input type="checkbox"/> 2.XAR1	<input type="checkbox"/>	_____ 年	_____ 萬元	
特定傷病終身健康保險附約 (請擇一勾選) <input type="checkbox"/> 1.XDR <input type="checkbox"/> 2.XDR1	<input type="checkbox"/>	_____ 年	_____ 單位	
特定傷病終身健康保險附約 XCR	<input type="checkbox"/>	_____ 年	_____ 萬元	
意外傷害保險附約 (請擇一勾選) <input type="checkbox"/> 1.AHPR <input type="checkbox"/> 2.AHQR	<input type="checkbox"/>	_____ 年	_____ 萬元	
全心照護終身健康保險附約 XIR	<input type="checkbox"/>	_____ 年	_____ 萬元	
增福氣定期健康保險附約 SER	<input type="checkbox"/>		_____ 萬元	
關愛一生重大疾病終身健康保險附約 (請擇一勾選) <input type="checkbox"/> 1.XHR <input type="checkbox"/> 2.XHR1	<input type="checkbox"/>		_____ 萬元	
好扶氣終身健康保險附約 (請擇一勾選) <input type="checkbox"/> 1.XNR <input type="checkbox"/> 2.XNR1	<input type="checkbox"/>	_____ 年	_____ 萬元	
金享扶氣終身健康保險附約 XSR	<input type="checkbox"/>	_____ 年	_____ 萬元	
增守護健康保險附約 SJR	<input type="checkbox"/>		_____ 元	

六、被保險人基本資料變更暨契約內容變更 (若契約始期為104年1月29日前之利率變動型保單，首次申請附加附約時，併同時申請『富邦人壽利率變動型壽險商品附加附約批註條款(EF13)』。請您一併檢視是否辦理P.6之『十二、自動墊繳』申請。)

與主被保險人關係	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.配偶	<input type="checkbox"/> 1.配偶 <input type="checkbox"/> 2.子女	子 女	子 女
姓 名				
身分證號碼/居留證統一證號				
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	<input type="checkbox"/> 1.自始寫錯 <input type="checkbox"/> 3.換入 <input type="checkbox"/> 2.其他	<input type="checkbox"/> 1.自始寫錯 <input type="checkbox"/> 3.換入 <input type="checkbox"/> 2.其他	<input type="checkbox"/> 1.自始寫錯 <input type="checkbox"/> 2.其他	<input type="checkbox"/> 1.自始寫錯 <input type="checkbox"/> 2.其他



保險種類 (請填選項號碼)		A		B		C		D	
		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
傷害險	平安寶一傷害身故或失能保險金 ADE	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元
	平安寶一傷害醫療保險金 1. OMR 2. OMRS	<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
	平安樂意外傷害保險附約 ADF	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元
	傷害身故及失能保險金 1. NADD 2. MADD	<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
	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 AHI	<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 1. 211R 2. 11R	<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
	富邦傷害死亡及失能 1. AD&D 2. ADDF 3. ADA 4. ADB 5. ADBR 6. ADC	<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
	傷害醫療保險金 1. MR 2. MRS 3. MRF 4. MR1 5. MRA 6. MRB	<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
	每月意外失能給付 1. 20年TDI 2. 終身WDI	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____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 <input type="checkbox"/> _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____元
	富邦歲歲平安傷害附約 1. NIPR 2. MIPR	<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
	健康險	新住院醫療定期健康保險附約 1. HSRN 2. HSA 3. HSB 4. HSC 5. HSD	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> 計劃_____	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> 計劃_____	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> 計劃_____	<input type="checkbox"/>
新住院醫療定期健康保險附約 1. HSR1 2. HSA1 3. HSB1 4. HSC1 5. HSD1		<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> 計劃_____	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> 計劃_____	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> 計劃_____	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> 計劃_____
新住院醫療定期健康保險附約 1. HSR5 2. HSA5 3. HSB5 4. HSC5 5. HSD5 13. HSR6 14. HSA6 15. HSB6 16. HSC6 17. HSD6		<input type="checkbox"/>	選項 _____ 計劃 _____	<input type="checkbox"/>	選項 _____ 計劃 _____	<input type="checkbox"/>	選項 _____ 計劃 _____	<input type="checkbox"/>	選項 _____ 計劃 _____
長馨健康保險附約 6. HSE 長泰健康保險附約 7. HSF 8. HSFA 9. HSFB 10. HSFC 11. HSFD 12. HSFE									
長青健康保險附約 1. HRA 2. HRAA 3. HRAB 4. HRAC 5. HRAD 6. HRI 7. HRIA 8. HRIB 9. HRIC 10. HRID		<input type="checkbox"/>	選項 _____ 計劃 _____	<input type="checkbox"/>	選項 _____ 計劃 _____	<input type="checkbox"/>	選項 _____ 計劃 _____	<input type="checkbox"/>	選項 _____ 計劃 _____
長福健康保險附約 1. HRB 2. HRBA 3. HRBB 4. HRBC 5. HRBD		<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> 計劃_____	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> 計劃_____				
好實在住院醫療終身健康保險附約 1. HRC 2. HRCA 3. HRCB 4. HRCC 5. HRCD 6. HRD 7. HRDA 8. HRDB 9. HRDC 10. HRDD 11. HRE 12. HREA 13. HREB 14. HREC 15. HRED 16. HRF 17. HRFA 18. HRFB 19. HRFC 20. HRFD 21. HRG 22. HRGA 23. HRGB 24. HRGC 25. HRGD 26. HRH 27. HRHA 28. HRHB 29. HRHC 30. HRHD		<input type="checkbox"/>	選項 _____ _____年期 計劃 _____	<input type="checkbox"/>	選項 _____ _____年期 計劃 _____	<input type="checkbox"/>	選項 _____ _____年期 計劃 _____	<input type="checkbox"/>	選項 _____ _____年期 計劃 _____
享實在住院醫療定期健康保險附約 1. HSJ 2. HSJA 3. HSJB 4. HSJC 5. HSJD		<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> 計劃_____	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> 計劃_____	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> 計劃_____	<input type="checkbox"/>	選項 <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
防癌終身健康保險附約 PCC1		<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 PCC2		<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 PCC3		<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



* 2 4 0 2 0 0 7 0 1 2 8 *

保險種類 (請填選項號碼)		A		B		C		D		
		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	
健康險	富邦新住院日額附約 1.HIR 2.HIRB	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____元	
	富邦終身醫療附約 1.LHR 2.LHRF 3.LHRG	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____元	
	全心一年期住院醫療健康保險 1.HSK 2.HSKA 3.HSKB 4.HSKC 5.HSKD	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	
	實足安心一年期住院醫療健康保險HSL	<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 1. HR 2. NHR	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	
	富邦(新)綜合住院醫療 NHR1	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	
	住院醫療保險 1. THS 2. HSR	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____型 計劃 _____	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____型 計劃 _____	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____型 計劃 _____	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____型 計劃 _____	
	住院醫療保險 NHSR	<input type="checkbox"/>	計劃 _____	<input type="checkbox"/>	計劃 _____	<input type="checkbox"/>	計劃 _____	<input type="checkbox"/>	計劃 _____	
	住院醫療保險 XHSR	<input type="checkbox"/>	計劃 _____	<input type="checkbox"/>	計劃 _____	<input type="checkbox"/>	計劃 _____	<input type="checkbox"/>	計劃 _____	
	日額型住院醫療保險 1. TH1 2. PHIA 3. PHIB 4. NPHA 5. NPHB 6. CHIA 7. CHIB	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	
	日額型住院醫療保險 1. NTH1 2. NNHA 3. NNHB 4. NCHA 5. NCHB	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	
	日額型住院醫療保險 1. XTH1 2. XPHA 3. XPHB 4. XCHA 5. XCHB	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	
	定額型手術醫療保險 1. TSI 2. PSI 3. NPSI 4. CSI	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	
	富邦住院醫療 1. HSRF 2. HSRB	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____單位	
	富邦住院醫療定額終身 1. PHI 2. PHIK 3. PHIP 4. PHIZ	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____元	
	享安心住院醫療定額健康保險附約HKR2	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	
	享安心住院醫療定額健康保險附約HKR1	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	
	享安心住院醫療定額健康保險附約 HKR	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	
	祥安住院醫療定額健康保險附約 HMR	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	
	新癌症醫療終身保險 PCB	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	
	新癌症醫療終身保險 NPCB	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	
	新癌症醫療終身保險 XPCB	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	<input type="checkbox"/>	_____單位	
	長樂防癌定期健康保險附約 XBR	<input type="checkbox"/>	_____萬元							
	富邦(新)防癌定期附約 1. CTR 2. CTRA 3. CTRK 4. CTRP 5. CTRZ	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____元	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____元	
	富邦(新)防癌終身附約 1. CWR 2. CWRA 3. CWRK 4. CWRP 5. CWRZ 6. CWRQ 7. CWRS/CWR1	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____單位	<input type="checkbox"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____年期 _____單位	
	富邦新終身防癌附約 CWR2	<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	
	加保之眷屬請於此欄簽名									
	癌症險	<input type="checkbox"/> 1.TCA <input type="checkbox"/> 2.PCA <input type="checkbox"/> 3.NPC	<input type="checkbox"/> 1.完全取消 <input type="checkbox"/> 2.降低為_____單位			型別變更 <input type="checkbox"/> 1.A型 <input type="checkbox"/> 2.B型				
		NTCA	<input type="checkbox"/> 1.完全取消 <input type="checkbox"/> 2.降低為_____單位			型別變更 <input type="checkbox"/> 1.A型 <input type="checkbox"/> 2.B型				
		XTCA	<input type="checkbox"/> 1.完全取消 <input type="checkbox"/> 2.降低為_____單位			型別變更 <input type="checkbox"/> 1.A型 <input type="checkbox"/> 2.B型				
失能保險附約 60@DI <input type="checkbox"/> 1.完全取消 <input type="checkbox"/> 2.保額降低為_____萬元		失能保險附約 60@NDI <input type="checkbox"/> 1.完全取消 <input type="checkbox"/> 2.保額降低為_____萬元			失能保險附約 60@XDI <input type="checkbox"/> 1.完全取消 <input type="checkbox"/> 2.保額降低為_____萬元					
配偶重大疾病終身壽險 FDWR <input type="checkbox"/> 1. 完全取消 <input type="checkbox"/> 2. _____年期 <input type="checkbox"/> 3. 降低為_____萬元		退休年金 (RA) <input type="checkbox"/> 完全取消								
保險費豁免附約 1.完全取消 <input type="checkbox"/> 1.WP <input type="checkbox"/> 2.WPA <input type="checkbox"/> 3.WPC <input type="checkbox"/> 4.WPD/WPD1/WPD2 <input type="checkbox"/> 5.WPF/WPF1 <input type="checkbox"/> 6.WPG <input type="checkbox"/> 7.WPRB 2.新加保 <input type="checkbox"/> 1.WP <input type="checkbox"/> 2.WPA, 與被保險人關係_____ <input type="checkbox"/> 3.WPC <input type="checkbox"/> 4.WPD2 <input type="checkbox"/> 5.WPF1, 與被保險人關係_____ <input type="checkbox"/> 6.WPG										



保險種類	完全取消	保額/計劃降低	保險種類	完全取消	保額/計劃降低
定期壽險附約 (LTR)	<input type="checkbox"/>	_____萬元	重大疾病附約 (DLR)	<input type="checkbox"/>	_____萬元
傷害險附約 (PAR)	<input type="checkbox"/>	_____萬元	傷害險附約 (MRG/SMR)	<input type="checkbox"/>	_____萬元
防癌保險附約 (CR)	<input type="checkbox"/>	_____單位	住院醫療日額附約 (HI)	<input type="checkbox"/>	計劃_____
住院醫療定額附約 (NS1/NS2/NS3/NS4)	<input type="checkbox"/>	_____單位	住院醫療附約 (DHS/HS1/HS2/HS3)	<input type="checkbox"/>	計劃_____
配偶住院醫療日額附約 (HIS)	<input type="checkbox"/>	計劃_____	子女住院醫療日額附約 (HIC)	<input type="checkbox"/>	計劃_____
配偶住院醫療 (HSS1/HSS2/HSS3/DHSS)	<input type="checkbox"/>	計劃_____	子女住院醫療附約 (HSC1/DHSC/HSC2)	<input type="checkbox"/>	計劃_____
配偶住院醫療定額附約 (NSS1/NSS2/NSS3/NSS4)	<input type="checkbox"/>	_____單位	子女住院醫療定額附約 (NSC1/NSC2)	<input type="checkbox"/>	_____單位
配偶傷害險附約 (FS5/YS5/FS4/YS4/SFS5/SFS4/SYS5/SYS4/YS3/FS3)	<input type="checkbox"/>	計劃_____	子女傷害險附約 (FC5/YC5/FC4/YC4/SFC5/SFC4/SYC5/SYC4/YC3/FC3)	<input type="checkbox"/>	計劃_____
家庭型傷害險附約 (F1/F2/Y1/Y2)	<input type="checkbox"/>		配偶防癌保險附約 (CRS/CSG)	<input type="checkbox"/>	_____單位
子女防癌保險附約 (CRC) 子女姓名: _____ ID: _____	<input type="checkbox"/>	_____單位	子女住院醫療定額附約 (NSC3) 子女姓名: _____ ID: _____	<input type="checkbox"/>	_____單位
漾守護定期健康保險附約 (SIR)	<input type="checkbox"/>	_____元	添守護失能傷害保險附約 (AOR)	<input type="checkbox"/>	_____萬元
漾守護定期健康保險附約 (SIR1)	<input type="checkbox"/>	_____元	終愛 e 生小額意外傷害保險附約 (EOR)	<input type="checkbox"/>	_____萬元
愛守護防癌定期健康保險附約 (CLR)	<input type="checkbox"/>	_____元	十足元氣定期健康保險附約 (HSGA/HSGB/HSGC/HSGD/HSGE)	<input type="checkbox"/>	計劃_____
日日元氣住院醫療定額健康保險附約 (HNR)	<input type="checkbox"/>	_____元			

七、受益人變更

1.若依契約條款約定無該項保險金時，雖於受益人欄位填寫受益人姓名仍不生效力。
2.受益人有2位(含)以上，請選擇保險金分配方式；若保險金分配方式選擇比例，請註明比例「%」，總和須等於100%。

保險金種類	姓名/身分證號碼(居留證統一證號)/與被保險人關係/出生日期/註冊設立日(法人)/國籍/註冊地(法人)/指定匯款帳戶					保險金分配方式		
	姓名	ID	關係	出生日期/註冊日(法人)	國籍/註冊地(法人)	順位	比例	均分
1.生存保險金	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):		%	□ 均分
	銀行/郵局:	分行/支局(SWIFT-CODE):			帳號:			
	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):		%	
	銀行/郵局:	分行/支局(SWIFT-CODE):			帳號:			
2.滿期保險金	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):		%	□ 均分
	銀行/郵局:	分行/支局(SWIFT-CODE):			帳號:			
	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):		%	
	銀行/郵局:	分行/支局(SWIFT-CODE):			帳號:			
3.祝壽保險金	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):		%	□ 均分
	銀行/郵局:	分行/支局(SWIFT-CODE):			帳號:			
	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):		%	
	銀行/郵局:	分行/支局(SWIFT-CODE):			帳號:			
4.CIW/CIWA 立業保險金	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):		%	□ 均分
	銀行/郵局:	分行/支局(SWIFT-CODE):			帳號:			
	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):		%	
	銀行/郵局:	分行/支局(SWIFT-CODE):			帳號:			
5.CIW/CIWA 教育保險金	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):		%	□ 均分
	銀行/郵局:	分行/支局(SWIFT-CODE):			帳號:			
	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):		%	
	銀行/郵局:	分行/支局(SWIFT-CODE):			帳號:			



* 2 4 0 2 0 0 7 0 1 4 0 *

保險金種類	姓名/身分證號碼(居留證統一證號)/與被保險人關係/ 出生日期/註冊設立日(法人)/國籍/註冊地(法人)/聯絡方式				保險金分配方式			保險金分期定期給付		
	順位	比例	均分	指定分期之保險金比例	給付期間	取消				
6.身故保險金 (眷屬之癌症醫療保險、意外傷害失能保險及住院醫療終身健康保險身故保險金受益人為主被保險人本人,若需另行指定,請於補充說明欄註明眷屬姓名、受益人姓名、關係、分配方式)	姓名: 聯絡地址: 電話:	ID: 電話:	關係: 電話:	出生日期/註冊日(法人): 國籍/註冊地(法人):	%	%	均分	%	<input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 20年	<input type="checkbox"/>
	姓名: 聯絡地址: 電話:	ID: 電話:	關係: 電話:	出生日期/註冊日(法人): 國籍/註冊地(法人):	%	%	均分	%	<input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 20年	<input type="checkbox"/>
	姓名: 聯絡地址: 電話:	ID: 電話:	關係: 電話:	出生日期/註冊日(法人): 國籍/註冊地(法人):	%	%	均分	%	<input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 20年	<input type="checkbox"/>
7.完全失能保險金	被保險人本人							%	<input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 20年	<input type="checkbox"/>
8.身故後年金(限年金險)	姓名: 聯絡地址: 電話:	ID: 電話:	關係: 電話:	出生日期/註冊日(法人): 國籍/註冊地(法人):	%	%	均分	%	<input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 20年	<input type="checkbox"/>
	姓名: 聯絡地址: 電話:	ID: 電話:	關係: 電話:	出生日期/註冊日(法人): 國籍/註冊地(法人):	%	%	均分	%	<input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 20年	<input type="checkbox"/>

本人(要保人)已知悉上述身故保險金受益人如係以分別指定(例:法定繼承人)或本人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形,則以本人最後所留之聯絡方式,作為日後受益人之通知依據。

八、基本資料變更

變更項目	姓名 (外幣保單欲變更要保人請同時填寫中文姓名及英文姓名或護照上之英文姓名)	身分證號碼/ 居留證統一證號	身分證號碼 變更原因	國籍
1.要保人 <input type="checkbox"/> 變更為另一人 (1)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,並請確認是否須一併變更要保人住所、收費地址、E-mail、電話、行動電話。 (2)新要保人如非本公司有效保單之要保人,請提供CRS/FATCA相關文件。 (3)新要保人須同時填寫八、3職業變更欄位。 (4)因辦理要保人變更事涉財產權益之移轉,本公司提醒您應依「遺產及贈與稅法」規定向國稅局辦理申報,以確保您自身權益。	出生日期變更 年 月 日	與被保險人關係(請擇一勾選) <input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.配偶 <input type="checkbox"/> 3.父母 <input type="checkbox"/> 4.子女 <input type="checkbox"/> 5.僱傭 <input type="checkbox"/> 6.其他	<input type="checkbox"/> 1.自始寫錯 <input type="checkbox"/> 2.其他	<input type="checkbox"/> 1.中華民國 <input type="checkbox"/> 2.其他
2.主被保險人 (僅限於更正主被保險人姓名、身分證號碼、出生日期)	姓名 出生日期變更 年 月 日	身分證號碼/ 居留證統一證號	身分證號碼 變更原因	國籍
3.職業變更: <input type="checkbox"/> 1.要保人 <input type="checkbox"/> 2.主被保險人 <input type="checkbox"/> 3.配偶 <input type="checkbox"/> 4.子女(ID: _____) <input type="checkbox"/> 5.子女(ID: _____) 服務單位 _____ 營業性質 _____ 職業代碼: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 職 位 _____ 工作內容(含兼業) _____ 兼業代碼: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
4.簽名(章)樣式變更: <input type="checkbox"/> 1.要保人 <input type="checkbox"/> 2.被保險人 <input type="checkbox"/> 3.法定代理人/監護人(請同時於第7頁簽名(章)欄位內簽署新舊樣式) 若簽名(章)樣式非簽名習慣改變者,請於拾、補充說明欄說明原因,且已對原要保書、健康聲明書上之告知事項及自契約生效後所有變更事項均確認無誤,並追溯承認本保險契約自始有效。				
5.要保人聯絡資訊: <input type="checkbox"/> 同時變更收費/聯絡地址及電話 <input type="checkbox"/> 同時變更被保險人住所及電話 1.住所(戶籍地址)郵遞區號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/區/市 _____ 村/里 _____ 鄰 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號(之 _____) _____ 樓(之 _____) 2.電話 _____ - _____ 分機 _____ <input type="checkbox"/> 同時變更被保險人行動電話及E-Mail(限要/被保險人為同一人方可勾選) 3.行動電話 _____ (非台灣手機門號,請加填國碼) 4. E-Mail _____				

本人(即要保人)亦同意向貴公司投保之所有保單的E-Mail及行動電話號碼一併同時更新。
數字零請寫0,英文I請寫成i,I請寫成L



6. 收費／聯絡地址及電話： 除送達於住所之文件外，本契約繳費通知及其他有關文件之寄送，以收費／聯絡地址為準。

1. 郵遞區號□□□□□ 縣／市 鄉／鎮／區／市 村／里 鄰
路／街 段 巷 弄 號(之____) 樓(之____)
2. 電話____ - _____ 分機_____

7. 被保險人聯絡資訊：

1. 住所郵遞區號□□□□□ 縣／市 鄉／鎮／區／市 村／里 鄰
路／街 段 巷 弄 號(之____) 樓(之____)
2. 電話____ - _____ 分機_____
3. 行動電話_____ (非台灣手機門號，請加填國碼)
4. 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. 團體成員或公司員工姓名：_____

2. 與團體成員或公司員工關係為(本人/父子/姐妹...等)：_____

公司蓋章：

申請以集體彙繳方式繳交各期保險費，且同意下列各項聲明：

- (1) 同意加入此彙繳團體，並依 貴公司集體彙繳件之保費折扣率繳交保險費。
(2) 適用險種限個人保險契約(不含團體件及 貴公司限制適用險種)，且各險種最高保費折扣以 貴公司之規定為主。
(3) 本人在保險期間內退出彙繳團體時，其保險費不再享有集體彙繳之保險費折扣，改按個人保險契約之保險費率計繳。
(4) 本人與團體成員或公司員工為三親等內之親屬，如有告知不實者， 貴公司得要求補繳不足之保費。

十、繳別(請擇一勾選)： A. 年繳 S. 半年繳 Q. 季繳 M. 月繳

十一、保險單紅利／增值回饋分享金給付方式變更

1. 若投保不分紅或無增值回饋分享金之保單時，雖於本欄填寫，仍不生效力。
2. 辦理增值回饋分享金給付方式或給付週期變更時，若條款約定無該項給付方式或給付週期，雖於該項目勾選，仍不生效力。

給付方式(請擇一勾選)

1. 現金給付(請同時填寫柒、要保人指定匯款帳戶) 2. 購買增額繳清保險 3. 抵繳應繳保險費(僅限保險單紅利變更填寫) 4. 儲存生息

增值回饋分享金給付週期(請擇一勾選)： A. 年給付 S. 半年給付 Q. 季給付 M. 月給付

十二、自動墊繳

是否同意續期保費未在寬限期屆滿前繳付時，依條款約定以保單價值準備金自動墊繳本契約及附約之保險費及利息 1. 同意 2. 不同意

十三、申請評估 1. 取消批註 (姓名) _____ (姓名) _____ (姓名) _____ (請填被保險人姓名)
(請附上健康聲明書) 2. 取消加費

十四、外幣計價保單年度通知方式(請務必擇一勾選) 1. 書面通知 2. E-Mail通知(請同時填寫八、5. 要保人聯絡資訊之E-Mail欄位)

十五、實物給付方式變更(請擇一勾選) 1. 健康檢查服務 2. 實物給付替代金

貳、保險單補發(請擇一勾選)

原保單聲明作廢；補發費用為新台幣100元，已預繳款項者請填寫匯入之專屬帳號□□□□-□□□□-□□□□-□□□□。

1. 紙本保單(若原已申請電子保單者，僅限本次提供紙本保單，日後辦理契約變更仍將提供電子保單。)
 2. 電子保單(要保人需具有行為能力(年滿二十足歲)始可申請，本次契約變更提供電子保單，日後辦理契約變更，本公司將僅提供變更後之電子批註檔案，要保人須於「保戶會員專區」下載變更後之電子批註檔案。)
(電子保單之重要約定事項，請詳【填寫說明及注意/約定事項】第九項)

參、復效(請擇一勾選) 茲依保單條款復效相關規定，請惠予辦理。(請詳【填寫說明及注意/約定事項】第四項)

1. 同時清償所有自動墊繳本息及保險單借款本息
 2. 同時清償所有自動墊繳本息、保險單借款利息及超過可借款金額之保險單借款本金
 3. 同時清償自動墊繳及保險單借款之利息，及超過可借款金額之自動墊繳及保險單借款本金(超過可借款金額部分優先償還自動墊繳本息)

肆、償還自動墊繳保費(請擇一勾選) 1. 茲申請全部清償自動墊繳本息 2. 茲申請部分清償自動墊繳本息 _____ 元

伍、保險單紅利／增值回饋分享金提領(請擇一填寫)

1. 提領儲存生息之紅利／增值回饋分享金 2. 增值回饋分享金之增額繳清保險金額：調降至 _____ 萬元(全數提領請填調降至0萬元)

陸、電子通知單服務：以電子郵件或行動電話寄送各項送金單或通知單(申請電子通知單服務之重要約定事項，請詳【填寫說明及注意/約定事項】第十項)

- 申請： 1. 本保單之要保人所投保之所有有效及停效保單 2. 本保單之電子通知單，並取消紙本/單據寄送。
(請同時填寫八、5. 要保人聯絡資訊之E-Mail或行動電話欄位)
終止： 1. 本保單 2. 本保單之要保人所投保之所有有效及停效保單之電子通知單。



* 2 4 0 2 0 0 7 0 1 6 2 *

柒、要保人指定匯款帳戶 (指定生效後, 本契約未來給付予要保人之各項款項或保險給付有未指定帳戶者, 得逕予匯入本帳戶。)

戶名 (外幣保單請同時填寫中文姓名及英文姓名或護照上之英文姓名)			
銀行/郵局	分行/支局(SWIFT-CODE)	帳號	

捌、被保險人指定匯款帳戶 (指定生效後, 本契約未來給付予被保險人之各項保險給付有未指定帳戶者, 例如年金、無理賠回饋保險金...等, 得逕予匯入本帳戶。)

戶名 (外幣保單請同時填寫中文姓名及英文姓名或護照上之英文姓名)			
銀行/郵局	分行/支局(SWIFT-CODE)	帳號	

玖、此次申請若有退費, 以下列方式給付。

- 保單於「契約撤銷期間」申請變更之退費, 若首期保費為「信用卡」繳費者, 將一律退至原請款之信用卡帳戶。
- 若要保人已有指定匯款帳戶, 且未勾選「抵繳保費」, 退費金額將給付至要保人指定之匯款帳戶。(如須變更匯款帳戶, 請填寫柒、要保人指定匯款帳戶)
- 抵繳保費(本人同意退費金額無息抵繳續期保費)
- 非前述1、2與3之情形, 將以支票給付, 但退費當時已屆繳費日, 或尚未屆繳費日但退費金額小於台幣1000(含)元或外幣退費金額換算為等額台幣小於2000(含)元, 將主動抵繳續期保費, 若不同意抵繳續期保費, 則請勾選: 不同意抵繳保費(本次退費以支票給付)。

拾、補充說明欄

個人資料蒐集、處理及利用告知事項:

本公司蒐集您的個人資料目的係為人身保險服務及執行, 凡依保險法令規定推廣人身保險活動、提供保險產品或服務、辦理申訴及爭議處理業務、辦理公司之內部控制、稽核業務及委外業務之執行皆屬之。本公司僅會蒐集為上述作業而必要之個人資料, 該資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求之期間內, 僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內被處理及利用。基於個人資料保護法之規定, 您可以透過書面或致電本公司客戶服務專線(電話: 0809-000-550)行使查詢、閱覽、複製、補充更正、停止蒐集、處理或利用及刪除之權利。若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時, 本公司將無法提供您完善的人身保險服務。

聲明本申請書係本人之簽名(章)無誤, 如有任何糾紛事故, 概由本人負一切法律責任, 與 貴公司無涉。
茲向富邦人壽保險股份有限公司申請保險契約內容作如上之變更, 本人並同意本申請書經 貴公司同意後, 將構成原保險契約之一部分。

法定代理人/監護人簽名: _____

法定代理人/監護人身分證號碼: _____

法定代理人/監護人國籍: _____

法定代理人/監護人出生日期: _____

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名)
(申請變更被保險人簽名樣式或變更被保險人姓名, 請簽署變更前/後被保險人姓名)

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)
(申請變更要保人/變更要保人簽名(章)樣式/變更要保人姓名, 請簽署變更前/後要保人姓名)

(要/被保險人未滿二十歲或受監護宣告者應由法定代理人/監護人親自簽名同意, 並註明與要保人或被保險人關係: _____)
(申請變更法定代理人/監護人簽名樣式或變更法定代理人/監護人姓名, 請簽署變更前/後法定代理人/監護人姓名)

若本次送件服務人員非為在職之原保單招攬人時, 本人同意 貴公司將本次申請於案件受理時主動通知原招攬人。

親 晤 保 戶 簽 章 聲 明	茲聲明本申請書確為要保人、被保險人、法定代理人/監護人親簽, 檢附之影本文件與正本相符, 如有虛偽不實, 本人等願負法律上應負之責任。	保代、保經收訖章
	單位代號(銀行/分行): _____ 電話(行動電話)/分機: _____	
	服務人員(即見證人)簽名: _____ 保代、保經簽署人章: _____ 服務人員登錄字號/ 執業證書編號: _____ 保代、保經受理服務編號: _____	

富 邦 填 寫 欄	助理受理欄 <input type="checkbox"/> 備註	承辦單位收訖章	紙本覆核者
-----------------------	--------------------------------------	---------	-------



* 2 4 0 2 0 0 7 0 1 7 3 *

【填寫說明及注意/約定事項】

- 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；若有塗改，請要/被保險人於塗改處簽名(章)或重填申請書。
- 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，不得先行繳付各項費用，但另有規定者不在此限。
- 三、申請保單補發每份保單酌收工本費新台幣100元。
- 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，需檢附「健康聲明書」，其體檢需求如下：

年齡	停效期間	體檢規範
申請復效當時年齡為50歲(含)以內者	停效六個月以上至二年內(含)申請復效者	經公司同意得以健康聲明書代替體檢
申請復效當時年齡為50歲以上者	停效六個月以上至二年內(含)申請復效者	1. 復效當件之通算保額係數為0(含附約)：經公司同意得以健康聲明書代替體檢。 2. 復效當件之通算保額係數非為0時：依通算後保額及免體檢標準表辦理(註)。

註：1. 累計生效日距本次復效申請日期 \leq 2年之壽險主約、壽險附約、重大疾病之有效通算保額及復效當件保額，依復效當時被保險人保險年齡所對應之體檢項目辦理。

2. 特殊險種如：長期照護險、房貸商品(SPM系列商品)應與該類險種之額度累計，依復效當時被保險人保險年齡所對應之體檢項目辦理。

3. 經復效審核完成後，若該保單續期繳費方式為轉帳件或信用卡，則本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件或信用卡，應補的保費將寄發「契約變更繳款通知單」通知保戶進行繳費，請保戶於繳費期限內繳納。

五、契約內容變更

- 1、申請更正投保年齡、姓名、身分證號碼時，應檢附身分證證明文件，如：身分證影本、晶片資料清單、戶口名簿影本、有效之戶籍謄本或其他可資證明之文件；若無法提供相關文件做為佐證，本公司將可能婉拒本次申請。
- 2、若要保人或被保險人以指印代替簽名者，則請要保人或被保險人以蓋右手大拇指印為主，並請兩位見證人在指印旁簽名。
- 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)；變更後要保人不為被保險人本人時，須檢附可資證明新要保人與被保險人關係之文件，如：身分證影本、晶片資料清單、戶口名簿影本、有效之戶籍謄本或其他可資證明之文件；若無法提供相關文件做為佐證，本公司將可能婉拒本次申請。
- 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繳費(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歲或受監護宣告者，申請書須經法定代理人/監護人簽名同意始生效力。
- 7、為保護 貴保戶之權益，簽名(章)時除了請依要保書原簽名(章)方式簽名(章)以便核對外，並提醒您請勿於空白申請書上簽名(章)。
- 8、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。
- 9、辦理主契約保額增加與加保附約，應檢附健康聲明書，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。
- 10、辦理減額繳清保險、展期保險與繳別變更，請於次一繳費日前兩週內提出申請。
- 11、辦理主契約險種變更，請於保單周年日提出申請。
- 12、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、WPC、WPD或WPD1、WPD2之附加。
- 13、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。
- 14、於契約繳納期內申請契約內容變更，其原保單簽收日期仍維持不變。

六、主契約轉換(含繳費年期變更)

契約轉換或繳費年期變更(以下簡稱「契約轉換(變更)」)後，不成立之情形及其效果：

- 1、契約轉換(變更)後，而有下列情形之一者，其轉換(變更)不成立，本公司仍應依原保險契約之約定辦理。

- (1) 要保人申請契約轉換(變更)時，對本公司之書面詢問有故意隱匿，或因過失遺漏或為不實之說明，足以變更或減少本公司對於危險之估計，經本公司依保險法第六十四條之規定解除契約者。
 - (2) 契約轉換(變更)後二年內故意自殺或自殘成失能者，若契約轉換(變更)後契約之身故保險金低於原保險契約之約定，則依契約轉換(變更)後契約之規定辦理，但有關契約轉換(變更)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) 契約轉換(變更)後二年內因犯罪處死、拒捕或越獄致死或失能者，而契約轉換(變更)後契約之各類保險金額高於或等於原保險契約者。
 - (4) 契約轉換(變更)生效日前已發生保險事故者；於失能或豁免保險費之一八〇日觀察期間，並於契約轉換(變更)生效後始屆滿而確定者，亦同。
- 2、契約轉換無條件轉換不成立之情形者，契約的權利義務自轉換生效日起，適用轉換後契約之約定，亦即契約轉換前所發生之保險事故，其保險金之給付概依原契約內容辦理，而不得要求適用轉換後契約之約定。契約轉換生效後，要保人不得撤銷契約轉換。轉換後之保單、批註、利益比較表及保險契約內容變更申請書，均為轉換後契約構成的一部分。
 - 3、上述契約轉換(變更)不成立之情形，若已繳保險費高於原保險契約於契約轉換(變更)生效日至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。若契約轉換(變更)後契約已繳保險費低於原保險契約於契約轉換(變更)生效日至事故發生時各期應繳保險費的總額，要保人應補繳其差額。

七、償還自動墊繳保費

- 1、償還自動墊繳保費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、若僅申請償還自動墊繳保費，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。

八、繳清/展期

- 1、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，其附約效力繼續繳費繼續有效，保障至保障期滿日。
- (3) 申請繳清時附加之附約為長年期者，且已繳費期滿(或已達豁免保費)或因保險事故發生保險給付當中者，則不得終止。

- 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，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」。
- (3) 申請展期時附加之附約為長年期者，且已繳費期滿(或已達豁免保費)或因保險事故發生保險給付當中者，則不得終止。

九、電子保單之重要約定事項

- 1、當電子保單檔案大小超過系統限制時，為考量電子保單下載順暢及在任何載具均可正常開啟檢視，本公司無法提供電子保單，將改以印製實體紙本保單提供。
- 2、以新契約投保文件或契約變更文件中所載之最後留存電子郵件信箱及手機號碼做為收受電子保單領取通知方式。

十、電子通知單服務之重要約定事項：

- 1、電子通知單包含但不限於帳戶價值通知、年金保單價值準備金通知、傳統外幣保單週年通知、非人工收取之「續期保費送金單」與「保單借款利息繳息收據」。日後經本公司開放之新增項目，請參閱本公司網站公告。
- 2、本項服務所約定保單未來若變更要保人者，除經要保人申請終止，否則不影響本服務之效力。惟新要保人須同時申請變更電子郵件信箱(E-mail)、行動電話。
- 3、要保人同意本公司將第1項範圍內之送金單或通知單寄送至本申請書所填寫或保單留存之電子郵件信箱(E-mail)，未提供電子郵件信箱(E-mail)者，則寄至行動電話，日後若其他文件中所有填寫之電子郵件信箱(E-mail)或行動電話與保單留存不符時，本公司得以要保人最新填寫之電子郵件信箱(E-mail)或行動電話進行通知。
- 4、日後若依法令、條款或主管機關規定，前述電子化通知服務須以書面方式寄送者，本公司逕改以書面方式進行寄送，不再以電子郵件方式通知。
- 5、本服務係經要保人申請、法定代理人/監護人同意，若勾選要保人所投保之所有有效及停效保單，將以要保人所有有效及停效保單為本項服務之適用範圍，並包含日後以同一要保人向本公司投保生效之保險契約。

- 十一、受益人或要保人申領之保險金債權遭法院(或執行機關)扣押時，倘為維持一己及共同生活親屬之生活所必需者，得依強制執行法第12條規定，向法院(或執行機關)聲請或聲明異議。

十二、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客戶服務櫃檯洽詢事宜。

註1：適用險種：LH1/LH1F/LH1G/LH1Q/LR1C/NR1C/NR1G/NR1F/NR1G/HIG/HIG1/HIJ/WHA/WHA1/WHB/HIP/HIQ/HIA/HIB/HIU/HIU1/HIW/HIW1/HIW2/HIX/HIX1/CLF/CLH/HIC/HIC1/HIH/HIK/HIT/HIZ/HJA/HJA1/HJB/HJB1/HJC/HJC1/KHIA/KHIB/MHI/NRHI/NRHJ/NRHK/SIA/SIB/SIB1/SWI/WRHK。

註2：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.TLRR；18.TLRR；19.XTF；20.XTF1；21.XER；22.XTP(若非主被保險人辦理變更時，請至「拾、補充說明欄」填寫被保險人姓名、身分證號碼、與主被保險人關係、欲變更項目及其變更後內容總額)

註3：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.DTRR；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(若非主被保險人辦理變更時，請至「拾、補充說明欄」填寫被保險人姓名、身分證號碼、與主被保險人關係、欲變更項目及其變更後內容總額)

註4：終身壽險附約：1.IWR；2.IWRF；3.IWRK；4.IWRP；5.IWRQ；6.IWRZ；7.NIWR；8.WLRA(若非主被保險人辦理變更時，請至「拾、補充說明欄」填寫被保險人姓名、身分證號碼、與主被保險人關係、欲變更項目及其變更後內容總額)

