



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		
	1.若投保外幣保單,請同時填寫中文姓名及英文姓名或護照上之英文姓名。 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%。					順位	比例	均分
4.身故保險金 <input type="checkbox"/> 主被保險人	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):		%	<input type="checkbox"/>
	聯絡地址: 電話:							
<input type="checkbox"/> 次被保險人	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):		%	<input type="checkbox"/>
	聯絡地址: 電話:							

(眷屬之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)

<input type="checkbox"/> 身故後年金 (限年金險) /保證最低身故保險金 (限附保證給付商品)	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):		%	<input type="checkbox"/>
	聯絡地址: 電話:							
<input type="checkbox"/> 身故後年金 (限附保證給付商品)	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):		%	<input type="checkbox"/>
	聯絡地址: 電話:							

本人(要保人)已知悉上述身故保險金受益人如係以身分別指定(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。

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								
	1.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。 2.匯款帳戶指定生效後,本契約各項保險給付,有未指定者,得逕予匯入同一人已指定之帳戶。					順位	比例	均分						
5.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):		%	<input type="checkbox"/>						
	銀行/郵局:		分行/支局(SWIFT-CODE):		帳號:					%	<input type="checkbox"/>			
	姓名:	ID:	關係:	出生日期/註冊日(法人):	國籍/註冊地(法人):								%	<input type="checkbox"/>
	銀行/郵局:		分行/支局(SWIFT-CODE):		帳號:									

6.簽名(章)樣式變更:1.要保人 2.被保險人 3.法定代理人/監護人 4.次被保險人(請同時於第4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,請於拾伍、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。

7.要保人聯絡資訊: 同時變更收費/聯絡地址及電話 同時變更被保險人住所及電話

1.住所(戶籍地址)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 □□□□□

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)

8.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 □□□□□

9.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,I請寫成L)

玖、保險契約內容變更

一、主契約保險金額/基本保額變更為 _____ 元(保額增加請附上健康聲明書) 主契約險種變更為 _____

特定傷病終身健康保險附約 XAR/XAR1 1.完全取消 2.變更 _____ 年期 保額 _____ 萬元



* 2 3 0 2 0 0 7 2 1 2 9 *





二、被保險人基本資料變更暨契約內容變更										
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.換人 <input type="checkbox"/> 2.其他_____		<input type="checkbox"/> 1.自始寫錯 <input type="checkbox"/> 3.換人 <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_____			
附約保險種類	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 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 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.ADB 2.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	
	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 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.HAS 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"/>	選項 <input type="checkbox"/> _____計劃
		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	
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"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____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 NHR		<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 NHR1		<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	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	
日日安心一年期住院醫療健康保 險附約 UAR		<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	<input type="checkbox"/>	_____元	
醫樣好重大傷病一年定期健康保 險附約 UBR		<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	<input type="checkbox"/>	_____萬元	
<p style="text-align: center;">加保之眷屬 請於此欄簽名</p>										



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



拾、申請評估 (請附上健康聲明書)

- 1.取消批註 (姓名) _____ (姓名) _____ (姓名) _____ (請填被保險人姓名)
- 2.取消加費

拾壹、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】第十項)

拾貳、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 <small>(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)</small>			
銀行/郵局	分行/支局(SWIFT-CODE)	帳號	

拾參、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、無理賠回贖保險金...等，得逕予匯入本帳戶。)

戶名 <small>(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)</small>			
銀行/郵局	分行/支局(SWIFT-CODE)	帳號	

拾肆、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，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，請填寫拾貳、要保人指定匯款帳戶)
- 非前述 1.與 2.之情形，將以支票給付。

拾伍、補充說明欄

◎重要告知事項：以外幣匯款或其他外幣工具支付所生的費用於銀行收、付、轉付過程的費用將依各險種條款約定辦理。

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。

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)

次被保險人簽名：_____

(申請變更次被保險人簽名樣式或變更次被保險人姓名，請簽署變更前/後次被保險人姓名)

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：_____

(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)

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)

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、次被保險人、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：_____	
富 邦 填 寫 欄	服務人員登錄字號/ 執業證書編號：_____ 保代、保經受理服務編號：_____	
	助理受理欄 <input type="checkbox"/> 備註	承辦單位收訖章
		紙本覆核者



【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，不得先行繳付各項目費用，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 ≤ 2 年之壽險主約、壽險附約、重大疾病險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，並請兩位見證人在拇指印旁簽名。
 - 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、於契約撤銷期內申請契約內容變更，其原保單簽收日期仍維持不變。
- 六、 貴保戶已依法令相關規定（含中央銀行外匯局台央外伍字第〇九三〇〇一八三二二號函修定）聲明同意授權本公司得於所訂立之保險契約有效期間代理 貴保戶於 貴保戶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。結匯當時 貴保戶如仍未成年者，其結匯金額有單筆超過中央銀行所訂未成年單次結匯上限金額之情形，應另填寫相關申請文件，專案向中央銀行申請核准通過後，始得辦理。
- 七、本公司代理 貴保戶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。 貴保戶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 貴保戶之結匯額度。
- 八、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。
- 九、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，日後於其他文件中所填寫的電子郵件信箱（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、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。
- 十一、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。



* 2 3 0 2 0 0 7 2 1 5 2 *