

**B式保險契約內容變更/(功能性)契約轉換申請書(保經代專用)**

保單號碼	※各變更項目後方( )中數字請參閱「填寫說明及注意事項」。												
本人及眷屬基本資料變更(1)(2)	稱謂	被保險人本人				<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女1		子女2		子女3			
	姓名												
	身分證字號												
	出生日	民國 年 月 日			民國 年 月 日			民國 年 月 日			民國 年 月 日		
	行業別/職位												
	服務單位												
	工作內容及職業類別	第 類				第 類				第 類			
	兼副業	<input type="checkbox"/> 有(請說明工作內容) <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有(請說明工作內容) <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有(請說明工作內容) <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有(請說明工作內容) <input type="checkbox"/> 無		
	目前是否受有監護宣告	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請提供相關證明文件)			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請提供相關證明文件)			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請提供相關證明文件)			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請提供相關證明文件)		
	是否已投保其他保險公司商品	1. 實支實付型傷害醫療保險 ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 實支實付型醫療保險 ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1. 實支實付型傷害醫療保險 ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 實支實付型醫療保險 ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1. 實支實付型傷害醫療保險 ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 實支實付型醫療保險 ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1. 實支實付型傷害醫療保險 ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 實支實付型醫療保險 ..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

附約變更(3)(4)	契約項目(終止該項附約請於欄位中填寫「0」)				本人	<input type="checkbox"/> 配偶	子女1	子女2	子女3
	( )	住院日額附約	日額(元)						
	( )	住院醫療附約	計劃別	M-	M-	M-	M-		
	( )	自負額住院醫療附約	計劃別						
	( )	傷害死亡及失能保險金額	保額(萬)						
			甲 - 醫療日額	日額(元)					
		乙 - 醫療限額	全民健康保險身分	保額(萬)					
非全民健康保險身分			保額(萬)						
丙 - 醫療擇優日額(限全民健康保險身分)	日額(元)								
( )	傷害保險附約( )型	保額(萬)							
		保額(單位)							

其他變更事項	<input type="checkbox"/> 豁免附約	<input type="checkbox"/> ( ) 保險費豁免附約(要保人): <input type="checkbox"/> 附加: _____ 型 <input type="checkbox"/> 終止
		<input type="checkbox"/> ( ) 保險費豁免附約(被保險人): <input type="checkbox"/> 附加: _____ 型 <input type="checkbox"/> 終止
		<input type="checkbox"/> ( ) 保險費豁免附約(投資型商品): <input type="checkbox"/> 附加: _____ 年期 <input type="checkbox"/> 終止
	<input type="checkbox"/> 防癌型別	1.險別名稱:( )防癌( <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 終身)健康保險( <input type="checkbox"/> 主約 <input type="checkbox"/> 附約) 2.變更後內容: <input type="checkbox"/> 個人型 <input type="checkbox"/> 單親型 <input type="checkbox"/> 雙親型: _____ 單位 3.變更原因: <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 非癌身故
	<input type="checkbox"/> 保險金額	<input type="checkbox"/> 縮小保額(5): 變更後保額 _____ 萬/仟/元整 <input type="checkbox"/> 增購保額: 變更後保額 _____ 萬/仟/元整
	<input type="checkbox"/> 保險年期	縮短年期為: _____ 年
	<input type="checkbox"/> 契約轉換(6)	_____ 險轉為 _____ 險: <input type="checkbox"/> 轉換保險年期為 _____ 年(定期險適用) <input type="checkbox"/> 轉換醫療日額為 _____ 元(住院轉帳戶型適用)
<input type="checkbox"/> 功能性契約轉換(6)	_____ 險轉為 _____ 險: 保額 _____ 元整	
<input type="checkbox"/> 傷害險提高保額	同一要保人110年7月1日前投保且現行有效之個人傷害保險(含主約及附約)全部變更(不含僅得調降保費之商品)(要保人身分證字號: _____)	
其他:		

**填寫說明及注意事項**

- 被保險人本人及眷屬基本資料變更, 僅需填寫欲變更項目及變更後內容。
- 職業類別請由服務人員輔助填寫。
- 受益人: 配偶、子女附加各項傷害保險附約身故時, 除未支領之每月生活照護保險金受益人為該被保險人的法定繼承人外, 其餘項目受益人為主契約之被保險人。
- 附加附約或防癌附約個人型改單親型、雙親型及防癌附約單親型改雙親型及(功能性)契約轉換者, 須另附【健康告知書】。
- 辦理縮小保額時, 如果計算保單借款餘額超過本件保單可借額度, 退還金額須先扣除超過額度的借款本金及利息。
- (功能性)契約轉換: (1)轉換後保險契約內容詳如保單內容記載; 未申請事項仍依轉換前之保單內容為準。(2)須重新指定受益人時, 請另填寫「A式國泰人壽保險契約內容變更/保單補發申請書」。(3)轉換後契約若為不分紅保險單, 因不參加紅利分配, 並無紅利給付項目。  
配合保險法修訂, 自107年6月15日起調整「殘廢」及「失能」等相關用詞, 保戶權益未受影響, 詳細說明請參國泰人壽官網法令公告專區。
- 申請各項保費作業須由要保人親自簽名, 下列項目同時須被保險人簽名同意: (1)附加附約(含豁免)。(2)防癌型別變更。(3)增購保額。(4)(功能性)契約轉換。(5)職業類別變更。  
※如須繳納款項, 切勿匯入服務人員之私人帳戶, 並請當場向服務人員索取收據正本作為憑證, 妥為保管。

**個人資料保護法應告知事項**

國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料(包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址、病歷、醫療及健康檢查等資料)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內, 以合於法令規定之利用方式, 於我國境內供予國泰人壽及因以上目的作業之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務據點或利用國泰人壽客服專線, 市話請撥打免付費專線: 0800036599, 手機請撥打付費電話: 02-21626201或網路電話(路徑: 國泰人壽官網首頁>問題與聯繫>聯絡我們)客服電話>撥打網路電話)查詢、請求閱覽、製成複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料, 惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須, 得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時, 基於健全人身保險業務之執行, 國泰人壽將無法提供您完善的服務。

聲明事項

- 1. 本保險契約內容變更申請書及聲明事項均經本人確認...
2. 本人於申請本保險契約有關附約內容變更時...
3. 本人(被保險人、要保人)同意國泰人壽將本申請書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線...
4. 本人(被保險人)同意國泰人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷等個人資料。
5. (1)「實支實付型傷害醫療保險」適用：
本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人...
(2)「實支實付型醫療保險」適用：
本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人...
6. 本人(即要保人)詳閱並確實瞭解「國泰人壽一年期商品特別提醒事項或認書」之內容。
7. 本人於向國泰人壽申請(功)能轉換確已收受轉換後契約之保單條款手冊...
8. 本人申請契約轉換時...
9. 本人確已審閱並瞭解本申請書

終止保險契約客戶權益相關重要事項告知

- 為維護您的權益，提醒您務必於終止保險契約前確認已詳閱並充分了解下列重要事項：
1. 申請保險契約終止者，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。本公司所負之保險責任即行終止...
2. 保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。
3. 若因故不便繳納保險費，可依個人規劃考慮辦理展期、繳清、自動墊繳保險費或保單借款。
4. 保險契約終止後再投保新保單時，須承擔下列風險：
(1) 重新履行告知義務：須對投保新契約當時的體況進行健康告知...
(2) 違反告知義務解除保險契約的除斥期間及健康險的等待期...
(3) 再投保健康險前倘被保險人已罹患疾病...
(4) 因重新投保時的年齡可能大於投保原契約時的年齡...
\*如非本人親臨國泰人壽辦理者，本人聲明係委任後開服務人員代為送交本申請書予國泰人壽。
\*應簽名者若未滿7歲，須由法定代理人代簽。

要保人簽名 (主被保險人)：
被保險人簽名 (次被保險人)：
(若要保人及被保險人為同一人時，可免簽)
配偶簽名：
子女(1)：
子女(2)：
子女(3)：
法定代理人/監護人或輔助人簽名：
(申請人為未成年/受監護或輔助宣告之人者)

住宅(H)：( )
公司(O)：( ) 分機
手機： [ ]未使用手機
住宅(H)：( )
公司(O)：( ) 分機
手機：

注：供當次業務使用之聯絡電話(手機號碼、市話號碼)，僅供本次申辦業務使用，不視為已向本公司申請變更前項聯絡資料...
要保人方便電訪時間(上班日)：[ ]全天(8:30~17:30) [ ]上午(8:30~12:00) [ ]下午(13:00~17:30)
申請日期：中華民國 年 月 日

請保戶填寫以下欄位(收費用)
本人同意本次繳款方式(請擇一勾選，未勾選者則限匯款繳納)所選擇之帳號單次交易限額為新臺幣(下同)10萬元，且每月不得超過20萬元...
[ ] 帳號扣款(限要保人本人帳戶)：\*如無續期保險費扣款帳號，請填寫本次扣款帳號。
[ ] 續期保險費扣款帳號
[ ] 本次扣款帳號：銀行別或代號(3碼) 銀行帳號
[ ] 信用卡(VISA、MASTER、JCB及聯合信用卡)： 到期日 月- 年(西元)
\*信用卡持卡人(請勾選) [ ]要保人、[ ]被保險人
\*下列行庫未參與聯合信用卡中心(NCCC)持卡人身份驗證，故無法受理：中國輸出銀行、全國農業金庫、京城銀行、瑞興銀行、板信銀行、農漁會、信用社及外國銀行發行之信用卡。
[ ] 虛擬帳號 \*國泰人壽將提供一組虛擬帳號，請保戶於期限內匯款至虛擬帳號繳款。

請保戶填寫以下欄位(退費用)
匯撥 [ ] 匯撥至已指定之匯撥帳戶(免填下列帳戶)
明細 行庫名稱： 分(支)行名稱： 帳號：
\*補收金額限以匯款或上述繳款方式繳納；外幣保單給付款一律以「匯款」方式給付之，且外幣存款帳戶以國泰人壽公告或通知之指定銀行所開立者為限。

國泰人壽作業欄位
本人配偶子女索引紀錄 [ ]無紀錄 [ ]有特殊紀錄 [ ]累計保額
電話日期： 電話時間： 電話：
\*受理人員請注意該作業項目是否須列印「試算表」。
審核單位受理欄 經辦 覆核人員
經確實核對要(被)保人資料無誤
收件時間： 月 日 時 分
覆核人員 客服人員
業務員簽名 (保經代簽署人章)