

To: 先生/小姐 收 Fax: 請於收到申請書 2 日內填寫及簽名後傳真 Fax: 02-77261875 或 77261876 或郵寄至 100 台北市中華路一段 39 號 6 樓 康健人壽 營運暨理賠部(保戶服務) 收
如有相關查詢, 請洽客服專線: (02)6623-3688 (如需確認傳真, 請傳真後儘速來電查詢; 如於晚上八點後傳真, 請於次一工作日再來電確認)



國際康健人壽保險股份有限公司 契約內容變更申請書

保單號碼: _____ 要保人: _____

被保險人: _____ 要保人身分證字號: _____

茲向國際康健人壽保險股份有限公司申請變更上述保單號碼之保險契約內容。本人同意本申請書需經 貴公司同意且批註後始生效力。保單內容申請變更如下:

1、聯絡地址 變更為: _____

E-MAIL 信箱: _____

聯絡電話變更如下: 公司 () _____ 分機 _____ 住宅 () _____ 手機 _____

2、被保險人職業變更為: 服務單位: _____ 職稱: _____ 請務必詳述工作內容: _____

3、變更繳別: 年繳 半年繳 季繳 月繳

4、變更姓名: 原名 _____ 變更為 _____ 新簽名: _____ (需附新身分證影本)

5、減少保險金額為(請寫明商品名稱): _____

上列保險契約現因:

經濟因素 其他(請註明原因) _____ 之緣故申請減少保險金額。

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/減少保險金額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/減少保險金額者, 自本公司收受終止書/契約變更申請書之翌日零時起開始生效, 本公司所負之保險責任即行終止, 日後若發生任何事故, 本公司恕不負任何保險責任。

2. 保險契約終止後, 其所附加之各項有效附約亦隨同終止。

3. 保險契約終止/減少保險金額時, 可能無法全額領回已繳保險費。

4. 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。

5. 保險契約終止/減少保險金額後再投保新保單時, 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, 契約終止後至再投保新保單前之期間, 倘被保險人罹患疾病而未履行健康告知, 將可能因違反告知義務致保險公司依保險法第 64 條解除契約。

(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, 都要從投保新契約之日起重新計算, 再投保健康險之等待期重新計算期間, 倘被保險人罹患疾病, 恐將無法獲得理賠。

(3) 再投保健康險前倘被保險人已罹患疾病, 保險公司可能依保險法第 127 條主張不負給付相關保險金之責任。

(4) 因重新投保時的年齡可能大於投保原契約時的年齡, 保險費率可能也會相對提高, 且可能因已超過新契約規定之投保年齡或身體健康因素而無法投保; 或可能因為新舊契約保障範圍差異致無法獲得理賠等因素而影響您的保障權益。

(5) 投資型保險商品並非保證獲利, 保戶須自行承擔投資組合的損失風險。

6. 投資型保險商品申請終止契約贖回帳戶價值時, 其實際給付金額依契約條款之約定計算, 有可能因投資標的淨值變動(外幣計價之投資標的, 另有匯率變動的影響)而與您於申請終止契約當日或之前所查詢的金額有所差異, 請特別注意。

★ 本人已詳閱並瞭解上開說明。(請您務必在閱讀上述告知事項後, 於本項前內打勾)

6、受益人變更：							
保險金種類	姓名	身分證字號 /出生年月日	國籍	給付方式： <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例 (請擇一勾選)	與被保險人關係	聯絡電話 / 聯絡地址	
						電話：	手機：
身故保險金	(1)		<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他：			電話：	手機：
						地址：	
	(2)		<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他：			電話：	手機：
						地址：	
	(3)		<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他：			電話：	手機：
						地址：	
滿期/祝壽保險金	(1)		<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他：			電話：	手機：
						地址：	
	(2)		<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他：			電話：	手機：
						地址：	

<注意事項>

- ◎ 身故受益人有二位以上時，請指定給付順位及比例，若未指定或指定不明時，則以同一順位、均分方式辦理。若身故保險金受益人指定為法定繼承人，則以被保險人之法定繼承人為受益人，其順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。生存、癌症、重大疾病、醫療、手術醫療、失能保險金受益人限被保險人本人，不接受變更)
- ◎ 身故保險金受益人若非指定為被保險人之配偶、直系親屬，或非指定為法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定者，請說明原因：_____。
- ◎ 身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。
- ◎ 保險契約之受益人若指定為社福團體時，要保人應主動通知該社福團體受指定受益人之事宜及於理賠申請時應檢附相關應備文件。

適用變更要保人

7、變更要保人為_____與被保險人關係_____身分證字號_____新要保人簽名_____

服務單位：_____ 工作內容：_____ 手機號碼：_____

(若新要保人與被保險人不同，需附新要保人身分證影本)

(1)要保人國籍：中華民國 其他：_____

(2)要保人是否具有中華民國以外之稅務居民身份？是 否。

(3)過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？是 否。若是，請說明居住國家(地區)：_____

(4)要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)？是 否。若是，請說明：現任 曾任_____

註：1.新要保人請同時填寫聯絡地址，未填寫即視為同原要保人留存之地址。

2.因辦理要保人變更依遺產及贈與稅法規定，可能涉及遺產稅或贈與稅之課徵，提醒您應向國稅局辦理申報，若有遺產稅或贈與稅申報相關問題請洽國稅局詢問。

適用變額萬能壽險保單

8、變更每期保費為_____元

除須符合每月保費最低金額，並請留意之後保單帳戶價值須足夠支付每月扣除額，以免造成保單停效。

9、變更繳別（保單週年日時才能變更，故請於保單週年當月約定扣款日前 15 天提出申請）（請擇其一勾選）

請於下一保單週年日將繳別變更為 年繳 半年繳 季繳 月繳，同時每期保險費變更為_____元

（金彩人生（VLL02/VLL03/VLL04/VLL05）僅限月繳）

10、其他：_____

要保人簽名(請親自簽名)	被保險人簽名(請親自簽名)	法定代理人、監護人簽名(註1)	法定代理人、監護人資料
			<input type="checkbox"/> 同要/被保險人（以下免填） 與要/被保險人關係：_____
要/被保險人不識字者見證欄(註2)			生日：民國_____年_____月_____日
見證人 1 簽名： 身分證字號： 關係：	見證人 2 簽名： 身分證字號： 關係：		身分證字號：_____
申請日期：民國_____年_____月_____日			國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____

註：1.要、被保險人應親自簽名，未滿七足歲或受監護宣告者由法定代理人或監護人代其簽名；七足歲（含）以上未滿二十足歲者，須本人及其法定代理人簽名。

2.不識字之成年人或雙目失明者，得以用右手大拇指指印替代簽名並加蓋印章，須由二位見證人在見證欄簽名並填寫身分證字號，惟見證人不得為本件業務員、要保人、被保險人或受益人。

3.若您執行的職務內容或公司與您投保時之職務有不同時，請您務必以書面通知本公司，以維護您的保險權益（請詳契約條款）

4.「繳別變更、減額繳清」之申請自下次應繳日午夜零時起生效。

【以下欄位由國際康健人壽保險股份有限公司填寫】

※上述內容若有塗改，請要、被保險人於塗改處簽名

批註書	本公司同意上述契約內容變更自民國_____年_____月_____日午夜零時生效，每期保費自民國_____年_____月_____日起調整為新台幣_____元整。		
	<input type="checkbox"/> 因以上變更調整，本期保費補收\$_____元	<input type="checkbox"/> 因以上變更調整，本期保費退費\$_____元	（本申請書未經營運暨理賠部簽章不生效力）
保全作業欄： <input type="checkbox"/> 核對簽名無誤 <input type="checkbox"/> 審核不符退件	經辦：	覆核：	

※要保人/被保險人已收到、閱讀並瞭解「康健人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項」。

康健人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項

國際康健人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：(一)人身保險(〇〇一)、(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)

二、蒐集之個人資料類別：(一)姓名、(二)身分證統一編號、(三)地址等聯絡方式、(四)病歷、醫療、健康檢查、(五)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)：(一)要保人、(二)當事人之法定代理人、輔助人、(三)各醫療院所、(四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本公司及本公司海外分支機構、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。(三)地區：上述對象所在之地區。(四)方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：(一)得向本公司行使之權利：1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.向本公司請求補充或更正。3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：以書面或其他日後可供證明之方式(如：書面、電子郵件、傳真、或電子文件等)。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

受限制資料，屬康健人壽機密且未經公開之資料，未經授權不得重製或散布。©康健人壽版權所有

保險經紀/代理人簽署人章