

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

變額萬能壽險契約額外增額保險費申請書 (只適用億富、新億富保單)

【填寫前請先閱讀注意事項】

本項申請自康健人壽將實際保險費入帳(或匯款憑條正本送達)且申請書於當日下午 3:00 前送達康健人壽始為受理, 逾時則以次一工作日申請日

保單號碼: TW0123456 要保人: 康小惠
 被保險人: 康小惠 要保人身分證號碼: A>34567890

注意事項:

1. 本申請書適用於非約定轉帳/信用卡扣款日之投資。
2. (甲、乙型) 保單第一、二年申請額外增額保險費不得超過基本保額二分之一。
3. 國際康健人壽保險股份有限公司將於收到申請額外增額保險費後次一評價日計算本次投資購得之單位數。
4. 為配合中央銀行及管理外匯條例之規定, 申請額外投資當時, 要保人需年滿 20 足歲。

一、本次投資金額: 新台幣 10,000 元, 已於 109 年 12 月 1 日以 ATM 轉帳或匯款。
 ATM 轉帳方式為: (輸入銀行代號 013, 轉入帳號 14167+身分證字號 11 碼(第一位英文字母請轉換成二位數字, A=01、B=02、C=03 以此類推))

二、本次投資標的及比例, 請勾選

1. 與續期保費投資標的相同, 投資比例不變
 2. 與續期保費投資標的相同, 但投資比例變更為

投資標的名稱	分配百分比 (以下合計 100%)
	%
	%
	%

3. 指定本次投資標的及分配百分比

投資標的名稱	分配百分比 (以下合計 100%)
	%
	%
	%

三、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): _____

四、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: _____

五、本次額外增額保險費投資的支出來源為 (可複選): 薪資收入 投資收入 既有存款 退休金 貸款/保單借款/定存解約利息免打折 保單解約 (終止契約) 其他 _____

六、辦理本次額外增額保險費投資前三個月內是否有新申辦貸款、保單借款、保單解約 (終止契約)、定存解約利息免打折之行為? 是 否。若是, 請說明下列問題 (可複選)

- 要保人: 新申辦貸款 保單借款 保單解約 (終止契約) 定存解約利息免打折
 被保險人: 新申辦貸款 保單借款 保單解約 (終止契約) 定存解約利息免打折
 保險費繳款人: 新申辦貸款 保單借款 保單解約 (終止契約) 定存解約利息免打折

※ 請於繳費後 2 日內傳真或郵寄此申請書至本公司。

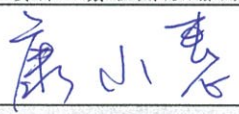
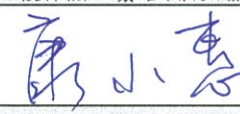
高收益債券基金風險預告書

本投資型保險商品之基金連結標的有以投資高收益債券為訴求之基金類型，請 台端於選擇該類型投資標的前，應充分瞭解下列以投資高收益債券為訴求之基金之特有風險：

- 一、 信用風險：由於高收益債券之信用評等未達投資等級或未經信用評等，可能面臨債券發行機構違約不支付本金、利息或破產之風險。
- 二、 利率風險：由於債券易受利率之變動而影響其價格，故可能因利率上升導致債券價格下跌，而蒙受虧損之風險，高收益債亦然。
- 三、 流動性風險：高收益債券可能因市場交易不活絡而造成流動性下降，而有無法在短期內依合理價格出售的風險。
- 四、 投資人投資以高收益債券為訴求之基金不宜占其投資組合過高之比重，且不適合無法承擔相關風險之投資人。
- 五、 若高收益債券基金為配息型，基金的配息可能由基金的收益或本金中支付。任何涉及由本金支出的部份，可能導致原始投資金額減損。本基金進行配息前未先扣除行政管理相關費用。
- 六、 高收益債券基金可能投資美國144A債券（境內基金投資比例最高可達基金總資產10%；境外基金不限），該債券屬私募性質，易發生流動性不足，財務訊息揭露不完整或價格不透明導致高波動性之風險。

本人對於上述相關風險已充分瞭解，特此聲明。本聲明書同時適用嗣後本人於本類基金之所有投資。

此致 國際康健人壽保險股份有限公司

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： 生日：民國____年____月____日 身分證字號：_____ 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____
要/被保險人不識字者見證欄(註2)			
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：		
申請日期：民國 109 年 12 月 1 日			

註：1.要、被保險人應親自簽名，未滿七歲或受監護宣告者由法定代理人或監護人代其簽名；七歲(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。

※ 上述內容若有塗改，請要、被保險人於塗改處簽名

【以下欄位由國際康健人壽保險股份有限公司填寫】

批註書	本公司同意上述投資於民國____年____月____日午夜零時生效。 (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：

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