

保險契約內容變更申請書 (繁式)

(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。 若辦理附約新加保，請於填寫一個工作日內送達本公司辦理；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】第九項請就選項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

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】第九項請就選項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

辦理增加保險金額或契約的轉換(變更)：轉換(變更)後契約的權利義務自轉換(變更)生效日起開始發生效力，即申請增加保險金額或契約轉換(變更)前已發生之保險事故，於增加保險金額或契約轉換(變更)生效日後始提出理賠申請者，各項保險金給付與否，仍依增額前原保險金額或轉換前原保險契約內容之規定辦理，不適用增額後保險金額或轉換後之保險契約。
 為前項申請時，保險契約處於殘廢或豁免保險費之一八〇日觀察期間，並於申請後始屆滿而確定者，該變更不生效力。

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 _____ (請詳三、注意事項)	<input type="checkbox"/>	_____ 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 <input type="checkbox"/> (請填選項號碼) (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 <input type="checkbox"/> (請填選項號碼) (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 <input type="checkbox"/> (請填選項號碼) 1.IWR 2.IWRF 3.IWRK 4.IWRP 5.IWRQ 6.IWRZ 7.NIWR 8.WLRA	<input type="checkbox"/>	_____ 年	_____ 萬元	
養老險附約 <input type="checkbox"/> (請填選項號碼) 1.EMRA 2.ENRA 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 XAR/XAR1	<input type="checkbox"/>	_____ 年	_____ 萬元	
特定傷病終身健康保險附約 XDR/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 <input type="checkbox"/> (請填選項號碼) 1.AHPR 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 <input type="checkbox"/> (請填選項號碼) 1.XHR 2.XHR1	<input type="checkbox"/>		_____ 萬元	
美心照護外幣終身健康保險附約 FAR	<input type="checkbox"/>	_____ 年	_____ 萬元	

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.5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	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"/> 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"/> 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



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

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
傷害身故及殘廢保險金 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 211R	<input type="checkbox"/>	萬元	<input type="checkbox"/>	萬元	<input type="checkbox"/>	萬元	<input type="checkbox"/>	萬元
死亡及殘廢保險金 AD&D	<input type="checkbox"/>	萬元	<input type="checkbox"/>	萬元	<input type="checkbox"/>	萬元	<input type="checkbox"/>	萬元
傷害醫療保險金 1.MR 2.MRS	<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						
富邦傷害死殘 1.ADDF 2.ADA 3.ADB 4.ADBR 5.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 1.HIIF 2.HI1 3.HIA 4.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 1.MRF 2.MR1 3.MRA 4.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"/>	萬元	<input type="checkbox"/>	萬元	<input type="checkbox"/>	萬元	<input type="checkbox"/>	萬元
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"/>	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
新住院醫療定期健康保險附約 1.HSR5 2.HSA5 3.HSB5 4.HSC5 5.HSD5 6.長馨健康保險附約HSE	<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
長青健康保險附約 1.HRA 2.HRAA 3.HRAB 4.HRAC 5.HRAD	<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
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				
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
富邦新住院日額附約 1.HIR 2.HIRB	<input type="checkbox"/>	元	<input type="checkbox"/>	元	<input type="checkbox"/>	元	<input type="checkbox"/>	元
富邦終身醫療附約 1.LHR 2.LHRF 3.LHRG	<input type="checkbox"/>	元 年期	<input type="checkbox"/>	元 年期	<input type="checkbox"/>	元 年期	<input type="checkbox"/>	元 年期
富邦(新)綜合住院醫療 1.HR 2.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
住院醫療保險 1.THS 2.HSR	<input type="checkbox"/>	型 計劃	<input type="checkbox"/>	型 計劃	<input type="checkbox"/>	型 計劃	<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.THI 2.PHIA 3.PHIB 4.NPHA 5.NPHB 6.CHIA 7.CHIB	<input type="checkbox"/>	單位	<input type="checkbox"/>	單位	<input type="checkbox"/>	單位	<input type="checkbox"/>	單位
日額型住院醫療保險 1.NTHI 2.NNHA 3.NNHB 4.NCHA 5.NCHB	<input type="checkbox"/>	單位	<input type="checkbox"/>	單位	<input type="checkbox"/>	單位	<input type="checkbox"/>	單位
日額型住院醫療保險 1.XTHI 2.XPHA 3.XPHB 4.XCHA 5.XCHB	<input type="checkbox"/>	單位	<input type="checkbox"/>	單位	<input type="checkbox"/>	單位	<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"/>	單位	<input type="checkbox"/>	單位	<input type="checkbox"/>	單位	<input type="checkbox"/>	單位
富邦住院醫療 1.HSRF 2.HSRB	<input type="checkbox"/>	單位	<input type="checkbox"/>	單位	<input type="checkbox"/>	單位	<input type="checkbox"/>	單位



* 1 3 0 2 0 0 7 0 1 2 6 *

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
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 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 _____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)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

加保之眷屬請於此欄簽名

<input type="checkbox"/> 1.TCA 2.PCA 3.NPC	<input type="checkbox"/> 1. 完全取消	2. 降低為_____單位	型別變更 <input type="checkbox"/> 1. A型 2. B型
NTCA	<input type="checkbox"/> 1. 完全取消	2. 降低為_____單位	型別變更 <input type="checkbox"/> 1. A型 2. B型
XTCA	<input type="checkbox"/> 1. 完全取消	2. 降低為_____單位	型別變更 <input type="checkbox"/> 1. A型 2. B型
失能保險附約 60@DI <input type="checkbox"/> 1. 完全取消 2. 保額降低為_____萬元	失能保險附約 60@NDI <input type="checkbox"/> 1. 完全取消 2. 保額降低為_____萬元		失能保險附約 60@XDI <input type="checkbox"/> 1. 完全取消 2. 保額降低為_____萬元

配偶重大疾病終身壽險 FDWR 1. 完全取消 2. _____年期 3. 降低為_____萬元 退休年金 (RA) 完全取消

保險費豁免附約 1.WP 2.WPA 3.WPC 4.WPD/WPD1 (變更要保人者,請填寫在基本資料變更中的要保人變更項目) 1. 完全取消 2. 新加保

重大疾病親子型豁免附約 1.WPF 2.WPF1 1. 完全取消 2. 新加保 豁免保費附約 (WPRB) 完全取消 保險費豁免附約 WPD2 1. 完全取消 2. 新加保 保險費豁免附約 WPG 1. 完全取消 2. 新加保

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

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 (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)	身分證號碼/ 居留證統一證號	與被保險 人關係	保險金分配方式			指定匯款帳戶 (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	銀行/郵局	分行/支局 (SWIFT-CODE)	帳號
1. 生存保險金					%	<input type="checkbox"/> 均分			
2. 滿期保險金					%	<input type="checkbox"/> 均分			
3. 祝壽保險金					%	<input type="checkbox"/> 均分			



保險金種類	姓名 <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>	身分證號碼/ 居留證統一證號	與被保險 人關係	保險金分配方式			指定匯款帳戶 <small>(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)</small>		
				順位	比例	均分	銀行/郵局	分行/支局 (SWIFT-CODE)	帳號
4. CIW/CIWA 立業保險金					%	<input type="checkbox"/>			
					%	<input type="checkbox"/>			
5. CIW/CIWA 教育保險金					%	<input type="checkbox"/>			
					%	<input type="checkbox"/>			

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/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	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 <small>(眷屬之癌症醫療保險及意外傷殘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)</small>	姓名: _____ ID: _____ 關係: _____			%		<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/> 10年	<input type="checkbox"/>
	聯絡地址: _____ 電話: _____								
	姓名: _____ ID: _____ 關係: _____			%		<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/> 10年	<input type="checkbox"/>
	聯絡地址: _____ 電話: _____								
姓名: _____ ID: _____ 關係: _____			%		<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/> 10年	<input type="checkbox"/>	
聯絡地址: _____ 電話: _____									
7. 完全殘廢保險金	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: _____ ID: _____ 關係: _____			%		<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/> 10年	<input type="checkbox"/>
	聯絡地址: _____ 電話: _____								
	姓名: _____ ID: _____ 關係: _____			%		<input type="checkbox"/>	%	<input type="checkbox"/> 10年	<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 <small>(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)</small>	身分證號碼/ 居留證統一證號	要保人國籍	與被保險人關係
1. 要保人 <input type="checkbox"/> 變更為另一人 <small>(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; 新要保人如非本公司有效保單之要保人, 請提供FATCA相關文件)</small>	出生日期變更	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 中華民國 <input type="checkbox"/> 2. 其他 _____	<small>(請擇一勾選)</small> <input type="checkbox"/> 1. 本人 <input type="checkbox"/> 2. 配偶 <input type="checkbox"/> 3. 父母 <input type="checkbox"/> 8. 子女 <input type="checkbox"/> B. 僱傭 <input type="checkbox"/> 6. 其他 _____
2. 主被保險人 <small>(僅限於更正主被保險人姓名、身分證號碼、出生日期)</small>	姓名	身分證號碼/ 居留證統一證號	被保險人身分證號碼變更原因:	
	出生日期變更	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 自始寫錯 <input type="checkbox"/> 2. 其他 _____	
3. 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 <small>(請同時於第5頁簽名(章)欄位內簽署新舊樣式)</small> 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。				
4. 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: □□□□□□□□ 職 位 _____ 工作內容(含兼業) _____ 兼業代碼: □□□□□□□□				
5. 要保人住所(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 _____ 電話 _____ - _____ 分機 _____ 行動電話 _____ (非台灣手機門號, 請加填國碼)				
E-Mail _____ 本人(即要保人)亦同意向 貴公司投保之所有保單之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, !請寫成l				
6. 收費/聯絡地址: <input type="checkbox"/> 同要保人住所 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。 郵遞區號 □□□□□ □□□□□ 縣/市 _____ 鄉/鎮/區/市 _____ 村/里 _____ 鄰 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號之 _____ 樓之 _____ 電話 _____ - _____ 分機 _____				

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: _____	公司蓋章: _____
2. 與團體成員或公司員工關係為(本人/父子/姐妹...等): _____	
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 貴公司集體彙繳之保費折扣率繳交保險費。 (2) 適用除種限個人保險契約(不含羣繳件及 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 (請同時填寫案、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8、5. 要保人住所之E-Mail欄位)

十五、實物給付方式變更: 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。(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)

- 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, 日後辦理契約變更, 將提供變更後之電子保單檔案, 要保人須於「網路e方便」會員專區下載變更後之電子保單。)

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金)

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 1. 提領儲存生息之紅利/增值回饋分享金
(請擇一填寫) 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、契約終止 (解約) (本項申請不需被保險人簽名) 提前解約將可能蒙受損失, 請審慎考量。

(請擇一勾選) 1. 整張保單辦理解約 2. 主約辦理解約, 附約於該期已繳保費期滿後終止 (請詳【填寫說明及注意/約定事項】第六項)

- 1. 申請終止保險契約之效力, 貴公司依保險契約條款約定給付解約金及其他款項; 但如有保險單借款、自動墊繳保險費之本息及其他任何欠繳款項或受益人溢領保險金之情形, 得依條款約定先扣除後再行給付。貴公司就本保險契約所負之責任, 自貴公司收到申請之時終止。
- 2. 茲依保險單條款有關【契約終止】之約定申請解約; 並聲明保險單作廢無效, 今後如有發現上述之保單質押借款或發生其他事端致損害貴公司時, 申請人與見證人等願連帶負擔賠償責任, 請惠予辦理。

解約原因 (請務必填寫): 1. 經濟因素 2. 商品因素 3. 轉投保新契約 4. 其他 _____

支票寄達地址:

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。

- 1. 保單於「契約撤銷期間」申請變更之退費, 若首、續期保費皆為「信用卡」繳費者, 將一律退至原請款之信用卡帳戶。
- 2. 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, 請填寫案、要保人指定匯款帳戶)
- 3. 抵繳保費 (本人同意退費金額無息抵繳續期保費)
- 4. 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。

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)

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

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、法定代理人親簽, 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。	以下欄位由富邦人壽承辦人員填寫	
	單位代號 (銀行/分行): _____ 電話 (行動電話)/分機: _____	<input type="checkbox"/> 助理受理欄	
	服務人員 (即見證人) 簽名: _____ 保代、保經簽署人章: _____	<input type="checkbox"/> 備註	
	服務人員登錄字號/執業證書編號: _____ 保代、保經受理服務編號: _____	紙本覆核者	承辦單位收訖章

