

猶豫期變更

◎填寫前請先詳閱相關注意事項說明，並僅需填寫變更後內容。  
◎填寫完畢後，要/被保險人請務必於申請書第5頁下方簽章。

保單號碼	123***78	要保人	樂*芙	被保險人	凱*吉
------	----------	-----	-----	------	-----

本申請書經貴公司同意簽章後構成原契約之一部份，其契約內容變更如下：

保單號碼請填此處(若申請保單要保人、被保險人且變更內容相同，可填寫多張保單)		要保人姓名請填此		被保險人姓名請填此處				
區號) 鄉鎮市區		路 段 巷 弄		號 樓之				
43	保戶e通知	要保人	01	戶籍地址： <input type="checkbox"/> 同上述要保人住所(通訊地址) <input type="checkbox"/> 本人同意以本申請書所填載之戶籍地址為準，併同申請更新本人在 貴公司所有保單之戶籍地址 □□□□-□□□□(郵遞區號) 市 縣 鄉 鎮 區 路 段 巷 弄 號 樓之				
			43	聯絡電話：住家( ) _____ 公司( ) _____ (分機 _____) 行動 _____ E-mail: _____ (在凱基人壽所有有效個人保單之E-mail將併同更新) <input type="checkbox"/> 申請保戶e通知，E-mail同上。 【本次申請完成後，您的保單之通知單、對帳單及送金單將以電子通知方式寄至約定之電子郵件信箱(e-mail)】 <input type="checkbox"/> 取消				
01 84	被保險人聯絡資訊變更	被保險人	84	住所(通訊地址)： <input type="checkbox"/> 同上述要保人住所(通訊地址) <input type="checkbox"/> 本人同意以本申請書所填載之戶籍地址為準，併同申請更新本人在 貴公司所有保單之戶籍地址 □□□□-□□□□(郵遞區號) 市 縣 鄉 鎮 區 路 段 巷 弄 號 樓之				
			01	戶籍地址： <input type="checkbox"/> 同上述被保險人住所(通訊地址) <input type="checkbox"/> 本人同意以本申請書所填載之戶籍地址為準，併同申請更新本人在 貴公司所有保單之戶籍地址 □□□□-□□□□(郵遞區號) 市 縣 鄉 鎮 區 路 段 巷 弄 號 樓之 E-mail: _____ (在凱基人壽所有有效個人保單之E-mail將併同更新)				
35	補發保險單	<input type="checkbox"/> 申請補發保險單 (依約定之保單型態進行補發)：原保險單因申請補發保單即視同作廢，任何人不得再執原保險單主張任何權利。 (保單型態為紙本或電子化保險契約條款保單，需收取工本費新台幣100元)						
79	保單/條款型態變更	<input type="checkbox"/> 電子保單【要保人為法人不可申請電子型態變更】：適用於105/11/28(含)後銷售之商品。要保人接獲通知時，可於通知單期限內點選連結，或至凱基人壽企網之會員專區登錄會員(非會員者須先完成會員註冊)，並完成身分認證後，下載電子保單。 要保人聯絡資訊(01) E-mail: _____ 行動: _____ 被保險人行動: _____ <input type="checkbox"/> 紙本保單(含條款) <input type="checkbox"/> 電子化保險契約條款保單：適用於要保日112/04/21(含)後生效之保單。 本人知悉並同意申請凱基人壽電子化保險契約條款保單，當收受凱基人壽提供之紙本文件及QRCode，即視為已收受保險契約條款。 紙本文件搭配QRcode方式，係指將保單內容拆分為以下二部份文件，以不同形式提供保戶： 一、紙本文件：含簽名、個人資料等文件，如要保書、保險契約審閱期間確認聲明書、重要事項告知書或QR Code等。 二、電子化保險契約條款：保險契約條款以QR Code形式印製於紙本文件中。 ※保單型態變更為紙本或電子化保險契約條款保單且非首次提供保險單者，需收取工本費新台幣100元。						
09	要保人變更	新要保人姓名		身分證字號	出生日期或註冊設立日期	國籍	具美國稅務居民身分	與被保險人關係
					____年__月__日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
聲明自變更日起承受原要保人於本保險契約之一切權利與義務。 如本保單已有借款或自動墊繳保險費，則清償借款/自動墊繳保險費本息之義務由變更後之要保人概括承受。 ◎申請變更要保人時，將一併刪除原要保人於保單中附加之豁免保險費附加契約。 ◎新要保人請填寫上述通訊地址/電話辦理通訊聯絡資訊變更，若未填寫則維持原聯絡資訊。 ◎辦理要保人變更，恐會涉及贈與稅、遺產稅及所得稅等相關稅務課徵，請務必注意稅務申報相關事宜，避免造成日後稅務問題。 ◎新要保人請依保險商品特性，變更各項給付方式之指定。 ◎新要保人請檢視與轉帳授權人約定之關係【詳轉帳授權申請暨約定書】，若不符合規範者需重新更換轉帳授權人。 如有應付予要保人之款項，除已另有約定給付方式外，本公司將款項匯入下列帳戶。								
84	要保人帳號變更	中文戶名：_____，_____銀行_____分行，帳號：_____ *英文戶名：_____ *銀行代碼(Swift Code)：_____ ※外幣保單除提供匯款銀行/分行名稱及帳號資料外，務必再提供「*號」欄位資料；若開戶時無英文戶名，請改填護照英文名。						

保險單批註專用欄：

註：本契約變更申請書未經加蓋本公司核保專用章不生效力。

核保專用簽章：\_\_\_\_\_



1. 填寫受益人匯款資料及聯絡資訊。
2. 若為外幣保單需再填寫「英文戶名」、銀行代碼(Swift Code)。

08 / 61 / 84 受益人變更【保險金給付限匯款】

※ 外幣保單除提供匯款銀行/分行名稱及帳號資料外，  
 ※ 身故保險金受益人如係身分別之指定或要保人不同意後身故保險金受益人之通知依據。

給付方式，作為日

保險金種類	受益人資料(08)	受益人匯款及聯絡資訊(61/84)	保險金分配方式		
			順位	比例	均分
<input checked="" type="checkbox"/> 生存保險金 <input type="checkbox"/> 滿期/祝壽保險金 <input type="checkbox"/> 身故/喪葬費用保險金	姓名： <b>凱*吉</b> 身份證字號： <b>F123***123</b> 出生日期： <b>92.10.1*</b> 國籍： <input checked="" type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 與被保險人關係： <b>本人</b>	指定地址： <b>台北市松山區敦化北路**號*樓</b> 電話： <b>098****123</b> E-mail： <b>5517**@kgilife.com.tw</b> <b>凱基</b> 銀行(郵局) <b>城東</b> 分行(局號) 帳號： <b>0075****1111</b> * 銀行代碼(Swift Code)： * 英文戶名：		100%	<input type="checkbox"/> 均分
<input type="checkbox"/> 生存保險金 <input type="checkbox"/> 滿期/祝壽保險金 <input checked="" type="checkbox"/> 身故/喪葬費用保險金	姓名： <b>樂*芙</b> 身份證字號： <b>F223***456</b> 出生日期： <b>68.05.2*</b> 國籍： <input checked="" type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 與被保險人關係： <b>母子</b>	指定地址： <b>台北市松山區敦化北路**號*樓</b> 電話： <b>098****456</b> E-mail： <b>5568***@kgilife.com.tw</b> <b>凱基</b> 銀行(郵局) <b>城東</b> 分行(局號) 帳號： <b>0075****6666</b> * 銀行代碼(Swift Code)： * 英文戶名：	1	%	<input type="checkbox"/> 均分
<input type="checkbox"/> 生存保險金 <input type="checkbox"/> 滿期/祝壽保險金 <input checked="" type="checkbox"/> 身故/喪葬費用保險金	姓名： <b>凱*金</b> 身份證字號： <b>F123***789</b> 出生日期： <b>65.12.0*</b> 國籍： <input checked="" type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 與被保險人關係： <b>父子</b>	指定地址： <b>台北市松山區敦化北路**號*樓</b> 電話： <b>098****789</b> E-mail： <b>8688***@kgilife.com.tw</b> <b>凱基</b> 銀行(郵局) <b>城東</b> 分行(局號) 帳號： <b>0075****8888</b> * 銀行代碼(Swift Code)： * 英文戶名：	2	%	<input type="checkbox"/> 均分
<input type="checkbox"/> 生存保險金 <input type="checkbox"/> 滿期/祝壽保險金 <input checked="" type="checkbox"/> 身故/喪葬費用保險金	姓名： <b>法定繼承人</b> 身份證字號： 出生日期： 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 與被保險人關係：	指定地址： 電話： E-mail： 銀行(郵局) 分行(局號) 帳號： * 銀行代碼(Swift Code)： * 英文戶名：	3	%	<input type="checkbox"/> 均分
<input type="checkbox"/> 生存保險金 <input type="checkbox"/> 滿期/祝壽保險金 <input type="checkbox"/> 身故/喪葬費用保險金	姓名： 身份證字號： 出生日期： 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 與被保險人關係：	指定地址： 電話： E-mail： 銀行(郵局) 分行(局號) 帳號： * 銀行代碼(Swift Code)： * 英文戶名：		%	<input type="checkbox"/> 均分

約定身故保險金(不含「喪葬費用保險金」)或完全失能保險金分期定期給付者，需另檢附「保險金分期定期給付約定書」辦理。

◎以主契約被保人之法定繼承人為身故/喪葬費用保險金受益人者，其受益順序及應得保險金比例適用民法繼承相關規定。

◎身故/喪葬費用保險金受益人非該被保險人配偶、直系血親、法定繼承人，請說明原因：

10	基本資料變更	項目	姓名	身分證字號	性別	出生日期或註冊設立日期	國籍	稅籍
	【僅需填寫變更內容之欄位】	要保人				____年____月____日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/>
		被保險人				____年____月____日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/>
		其他				____年____月____日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/>

◎本次申請異動身分證字號者，若為本保單或其他保單付款人且收費管道為「信用卡付款」或「金融機構轉帳」者，請另外填寫『轉帳授權申請暨約定書』，以利後續保單扣款作業。



代號/項目		契約變更內容					
02	收費管道變更	<input type="checkbox"/> 自繳件【限有開放自繳險種適用】(原收費員件申辦自繳件生效後即不得再變更回收收費員件) (申請變更收費管道為「信用卡付款」或「金融機構轉帳」者,請改填寫「轉帳授權申請暨約定書」)					
03	簽章方式變更	變更 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 保戶印鑑卡 <input type="checkbox"/> 法定代理人 簽章方式 變更原因 <input type="checkbox"/> 簽不回原樣式 <input type="checkbox"/> 要/被保人已滿七足歲變更簽章樣式 <input type="checkbox"/> 其他_____					
04	繳別變更	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳					
06	墊繳選擇權變更	主契約有保險費墊繳條款者,要保人 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input checked="" type="checkbox"/> 保險費自動墊繳 本保單於有效期間得因應繳之續次保費於超過寬限期時,仍未交付應繳保險費時,按期自合併同一保單號碼中當時主、附約之保單價值準備金,同時自動墊繳續次保費,不足墊繳整期保費時則墊繳到日。墊繳範圍為墊繳當時同一保單號碼下之主契約、附約之應繳保費及利息。					
07	集體彙繳變更	<input type="checkbox"/> 申請加入現有彙繳團體/新成立彙繳團體【申請時需另外填寫「個人保險集體彙繳申請書」】 <input type="checkbox"/> 申請退出現有彙繳團體					
13	展期定期保險	<input type="checkbox"/> 申請展期定期保險(本人同意一併中止本保險單之附約效力,並同時退還解約金或未到期保險費) (壽險附約同主約辦理展期保險,若壽險附約因保單價值準備金不足無法辦理展期定期保險時,將以退還解約金辦理之。) (請指定生存保險金受益人;若未指定,則視為要保人本人為其受益人)					
26	減額繳清保險 【請檢附減額繳清保險確認書】	<input type="checkbox"/> 申請減額繳清保險,並選擇附約之處理方式如下(無附約者無須勾選): (辦理減額繳清保險後,保險金額以減額繳清保險金額為準,可能造成累積實繳總保險費超過身故或完全失能保險金之情事,請審慎選擇。) <input type="checkbox"/> 取消全部附約 <input type="checkbox"/> 保留全部附約(除下列B、C、D項外) A. 選擇保留附約時,附約繳費方式以年繳且收費管道限金融轉帳,變更年繳後附約應補足差額保費,要保人不得要求變更。 B. 提前給付附約最高不得超過繳清保險金額的50%,且繳清保險金額未超過20萬元時,不得保留本附約。 C. 豁免附加契約中除「豁免保險費附約」、「新豁免保險費附約」、「安家豁免保險費附約」、「關心豁免保險費附約」、「安聯人壽重大疾病及二、三級殘廢豁免保費附約」、「安聯人壽重大疾病及二至六級殘廢豁免保險費附約」、「安聯人壽要保人豁免保險費健康保險附約」需同時終止,其餘均可保留,但若繳清後該附約保險金額或保險費為0者,則將同時刪除該附約。 D. 主契約減額繳清選擇保留全部附約者,若壽險長年期附約繳足保險費累積達有保單價值準備金者,依條款將同時辦理減額繳清,若無保單價值準備金者,則將同時刪除該附約。					
37	結清保單紅利/ 增值回饋分享金	結清保單紅利 <input type="checkbox"/> 儲存生息 <input type="checkbox"/> 增額繳清保額【強制分紅與美式分紅險種適用】(37) <input type="checkbox"/> 結清保單紅利保額_____元【英式分紅險種適用】(37) <input type="checkbox"/> 結清儲存生息增值回饋分享金_____元【利率變動型險種適用】(62)				申請原因 <input type="checkbox"/> 資金運用 <input type="checkbox"/> 經濟因素 <input type="checkbox"/> 其他_____	
62	【請填寫匯款帳號 並勾選申請原因】						
80	不定期彈性繳	<input type="checkbox"/> 彈性費用_____元【利率變動型險種適用,並請於第4頁勾選資金來源】					
86	法人實質受益人/ 高階管理人員資料變更 【辦理此項變更請檢 附法人/團體客戶身分 確認及投保計劃書及 FATCA及CRS客戶自我 聲明書暨個人資料同意 書】	<input type="checkbox"/> 法人實質受益人	姓名	身分證字號	出生日期	國籍	稅籍
		<input type="checkbox"/> 高階管理人員			____年____月____日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____
52	年金遞延/累積期 滿給付方式	<input type="checkbox"/> 一次領取遞延/累積期滿保險金【依各險種規範辦理】 <input type="checkbox"/> 按本契約約定給付年金(請填寫保證期間及年金給付週期欄位)					
44	年金給付資料變更	年金給付管道	<input type="checkbox"/> 匯款【限被保人帳戶,請填寫匯款帳號】				
		給付開始日	<input type="checkbox"/> ____年____月____日 <input type="checkbox"/> 被保險人保險年齡____歲之保單週月日				
		保證期間	<input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 25年		給付週期	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 半年 <input type="checkbox"/> 季 <input type="checkbox"/> 月	
		【依各險種規範辦理】					
05	紅利選擇權變更	<input type="checkbox"/> 現金給付(請同時申請項目54,並填寫匯款帳號) <input type="checkbox"/> 儲存生息 <input type="checkbox"/> 抵繳應繳保險費 <input type="checkbox"/> 以繳清保險方式增加保額					
54	給付管道變更	<input type="checkbox"/> 保單紅利(54)【限要保人帳戶】 <input type="checkbox"/> 生存/還本保險金(61)【限生存/還本保險金受益人帳戶】					
61	【請填寫匯款帳號, 欄位不足時,另填於 其他欄】	<input type="checkbox"/> 健康回饋保險金(61)【限被保險人帳戶】 <input type="checkbox"/> 滿期/祝壽保險金(61)【限滿期/祝壽保險金受益人帳戶】					
63	增值回饋分享金給付方式	103/9/14(含)前銷售商品 <input type="checkbox"/> 現金給付(條款中約定可選擇給付週期者請選擇: <input type="checkbox"/> 月給付 <input type="checkbox"/> 年給付)(請填寫匯款帳號) <input type="checkbox"/> 儲存生息 <input type="checkbox"/> 抵繳應繳保險費(限分期繳且條款中約定可指定抵繳保費之險種)					
		103/9/15(含)後銷售商品 【第一至第十保單年度期間:「103/9/15(含)~104/4/12(含)銷售商品」【第一至第六保單年度期間:104/4/13(含)後銷售商品適用】 <input type="checkbox"/> 1. 以繳清保險方式增加保險金額 <input type="checkbox"/> 2. 抵繳應繳保費(若保單辦理減額繳清保險或繳費期滿後仍屬有效的契約,及躉繳商品,將改以繳清保險方式增加保險金額辦理) 【第十一保單年度起:「103/9/15(含)~104/4/12(含)銷售商品」【第七保單年度起:104/4/13(含)後銷售商品適用】 <input type="checkbox"/> 1. 儲存生息 <input type="checkbox"/> 2. 以繳清保險方式增加保險金額 <input type="checkbox"/> 3. 抵繳應繳保費(若減額繳清保、繳費期滿及躉繳商品,將改以繳清保險方式增加保險金額辦理) <input type="checkbox"/> 4. 現金給付(請填寫匯款帳號)(給付金額小於保單條款規定之金額時,則依儲存生息方式處理) 被保險人保險年齡到達五十五歲之保單週年日起之現金給付週期方式: <input type="checkbox"/> 月給付 <input type="checkbox"/> 年給付(※限台幣保單且依保單條款約定。)					
匯款帳號(契變退費、紅利、增值回饋分享金限指定要保人帳戶;保險金、年金限指定受益人帳戶) ※外幣帳號建議選擇指定銀行外幣匯款帳戶,若使用非指定銀行匯款時,本公司負擔匯款相關費用,收款銀行收取(或扣除)之匯款手續費由收款人負擔。 ※本公司指定銀行匯款帳戶請參詳「凱基人壽企業網站/保戶服務/申請書、證明文件/各式申請書下載/其他文件/指定外幣匯款行庫一覽表(適用本公司給付款項)」。							
中文戶名: _____, _____ 銀行 _____ 分行, 帳號: _____							
* 英文戶名: _____ * 銀行代碼(Swift Code): _____							
外幣保單除提供匯款銀行/分行名稱及帳號資料外,務必再提供「*號」欄位資料;若開戶時無英文戶名,請改填護照英文名。							





代號/項目		契約變更內容						
11	職業內容變更	變更 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 要保人，職業內容如下： 服務機構或學校_____營業類別_____ 工作內容_____兼業_____				正職	職碼	職級
						兼職		第 級
15	主契約保額異動	免核保增額權， <input type="checkbox"/> 滿5週年 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 生子，增額後主契約保額提高為_____元 【增額上限依各商品條款約定，申請時請同時檢附相關證明文件】 <input type="checkbox"/> 主契約保額【提高】為_____元/計畫/單位 【請於本頁下方勾選資金來源】 <input type="checkbox"/> 主契約保額【降低】為_____元/計畫/單位 【須檢附身分證正反影本並勾選申請原因，若採郵寄申辦方式者，請再檢附駕照、健保卡、護照任一文件影本。】 申請原因： <input type="checkbox"/> 投保其他新契約 <input type="checkbox"/> 資金運用 <input type="checkbox"/> 購買房地產 <input type="checkbox"/> 教育基金 <input type="checkbox"/> 經濟因素 <input type="checkbox"/> 其他_____						
16	附加契約異動 【申請加保或提高保障，請填寫第六頁業務員報告書第三、四項】	<input type="checkbox"/> 附加契約異動如下 <input type="checkbox"/> 取消附加契約如右 申請原因： <input type="checkbox"/> 投保其他新契約 <input type="checkbox"/> 商品不符目前需求 <input type="checkbox"/> 資金運用 <input type="checkbox"/> 購買房地產 <input type="checkbox"/> 教育基金 <input type="checkbox"/> 經濟因素 <input type="checkbox"/> 其他_____						
		被保險人姓名	身分證字號	出生日期	國籍	與主被保險人關係	領有身心障礙手冊或證明	被保險人目前是否受有監護宣告
					<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> 是，請提供 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/> 否
		附約險種名稱	年期		附加契約異動內容			
					<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位			
					<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位			
					<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位			
					<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位			
					<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位			
		被保險人姓名	身分證字號	出生日期	國籍	與主被保險人關係	領有身心障礙手冊或證明	被保險人目前是否受有監護宣告
					<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> 是，請提供 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/> 否
		附約險種名稱	年期		附加契約異動內容			
					<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位			
					<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位			
					<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位			
					<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位			
					<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位			
22	險種轉換/年期縮短	變更後 <input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 附 契約險種為_____ / 繳費年期_____ / 保險金額_____萬元 【請於本頁下方勾選資金來源】						
23	復效	<input type="checkbox"/> 申請恢復保單效力 【請於本頁下方勾選資金來源】 【若要保人或被保險人聯絡資訊有異動，請填寫第1頁聯絡資訊變更】 A. 停效日起六個月以內提出申請者，可不需檢附健康告知；停效日起六個月以後提出申請者，需同時檢附「健康告知暨聲明書」。◎投保要保人豁免者，請填寫健康告知書第18、19項 B. 投資型保單請擇一勾選： <input type="checkbox"/> 補繳當次停效期間保險費+當期保險費 <input type="checkbox"/> 補繳當期保險費 <input type="checkbox"/> 理財頭家/行家/專家/贏家及天生贏家 <input type="checkbox"/> 補繳前期基本保險費+當次停效期間保險費+當期保險費 【限本公司開放之商品於指定期間內申請辦理】 ※ 被保險人於停效期間所發生之保險事故，本公司不負保險責任。 ※ 被保險人未滿15歲且復效商品具喪葬費用，復效完成後請審閱文件通知函檢附之「未滿15歲被保險人喪葬費用保險金說明」。						
82	申請/變更/取消定期彈性繳	彈性費用_____元，扣選期別 <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳(投保隨鑫所e者，請再指定扣款日期： <input type="checkbox"/> 5日 <input type="checkbox"/> 10日 <input type="checkbox"/> 15日 <input type="checkbox"/> 25日擇一或複選) 【請於本頁下方勾選資金來源】						
83		<input type="checkbox"/> 取消 (83) ※契約變更若遇到扣款期間，將延至下一期生效						
32	主契約保險費異動/彈性保險費異動 【投資連結型商品】	<input type="checkbox"/> 主契約保險費【提高】為_____元 <input type="checkbox"/> 主契約保險費【降低】為_____元 <input type="checkbox"/> 天生贏家定期扣款彈性保險費金額 NT\$_____ (注意：並不包括目標保險費金額) 【請於本頁下方勾選資金來源】						
資金來源	本次契約變更，請說明資金來源		<input type="checkbox"/> 薪資收入(含紅利) <input type="checkbox"/> 投資收入 <input type="checkbox"/> 買賣不動產 <input type="checkbox"/> 財產繼承 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 滿期金/生存金/理賠金 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 保單解約金 <input type="checkbox"/> 基金贖回 <input type="checkbox"/> 其他_____					





**壽險業履行個人資料保護法告知義務內容：**凱基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、第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱

- 一、 蒐集之目的：(一)○○一人身保險(二)○四○行銷(三)○五九金融服務業依法令規定及金融監理需要、所為之蒐集處理及利用(四)○六九契約、類似契約或其他法律關係事務(五)一三六資(通)訊與資料庫管理(六)一五七調查、統計與研究分析(七)一八一其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
- 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)財務狀況(六)聲音、影像檔案(七)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。
- 三、 個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一)期間：本保險契約之有效期間及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、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、臺灣網路認證(股)公司及其合作之電信業者、內政部戶政司、業務委託機構、本公司所屬金融控股公司及其子公司(包括但不限於與本公司共同行銷或交互運用客戶資料者)及其委外單位、與本公司合作推廣台端保險契約之保險代理人/保險經紀人(含兼營保險代理人/保險經紀人業務之銀行)、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、以及本公司為踐行台端身分證驗證之機關/機構。(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。
- 四、 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：書面。
- 五、 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、遲延或無法承保。

### 一、填寫申請書時之注意事項

1. 本申請書構成原契約之一部份，各項資料之填寫及告知請以正楷填寫。
2. 本申請書填寫時如有塗改，請要保人於塗改處簽名，如未簽名者，請重新填寫申請書辦理。
3. 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，請勿先行繳付各項費用。
4. 要/被保險人申請變更時未成年、受監護宣告或受輔助宣告者，申請書須經法定代理人/監護人/輔助人簽名同意。
5. 申請下列項目，請填具「健康告知暨聲明書」  
A、 附加本人之各項附加契約。 B、 附加配偶或子女之各項附加契約。 C、 停效超過六個月之復效申請。
6. 本公司於必要時得修訂以上之規定。
7. 資訊定期通知係指客戶投保特定商品，如智由行照護終身保險、GO健康定期保險...等，需傳輸資料至凱基人壽會員中心 Keep Going 專區之定期通知方式。
8. 保戶e通知：  
本公司為更迅速提供各項通知訊息，並多元化提供服務管道，提供特定通知單以電子郵件傳遞方式取代傳統書面郵寄。申請使用保戶e通知須提供E-mail Address。申請保戶e通知寄送後，將適用同一要保人名下在凱基人壽所有有效個人保單(含日後投保之保單)。『因Yahoo等免付費信箱易將本公司信件予以阻擋或延送，為免影響您的權益，建議使用其他電子信箱。』  
保戶e通知分為「通知單」、「對帳單」、「送金單」，若各類別列表單明細調整時，將更新於本公司企業網站上，請詳www.kgilife.com.tw/保戶服務/各式申請書下載/線上服務/保戶e通知列表單明細。
9. 辦理復效注意事項：※被保險人於停效期間所發生之保險事故，本公司不負保險責任。  
※被保險人未滿15歲且復效商品具喪葬費用，復效完成後請審閱文件通知函檢附之「未滿15歲被保險人喪葬費用保險金說明」。
10. 自行郵寄申請書辦理者，請郵寄至 **403 台中市西區五權路2-107號11樓 保單作業中心收**
11. \*繳費方式說明\*  
**【提醒您】本公司已全面推行「零現金」服務，禁止任何招攬保單之業務員或其他人員向客戶收取現金或支票以繳納保險費。若您發現本公司任何人員違反前述規範，請致電「電話服務中心」免費服務專線：0800-098-889，本公司將竭誠為您服務。**  
A、 線上繳費：您需先加入成為凱基人壽網站會員，才可進行繳費；登入後，點選【我要繳費-線上繳費-契變補費】。  
勾選欲繳費保單號碼，選擇繳費方式(個人存款帳戶或專屬繳費帳號)，輸入並確認付款資料後，即可完成繳費。  
B、 匯款單：持全行代收專戶繳款單至代收銀行機構繳款。  
C、 便利商店繳款：持通知單所附的便利商店繳款聯至7-11/全家/OK/萊爾富 便利商店繳款。  
本繳款方式適用新台幣保單且保險費應繳金額限5萬元以下。如以便利商店繳款，其代收手續費用將由本公司支付。

### 二、業務員報告書

- (一) 本人了解保戶之戶籍地址不可授權為他人地址，並同時確認保戶之住所(通訊地址)、戶籍地址皆真實正確且不得為本人住家、戶籍地址或通訊處地址；若與本人相同時，請勾選下列事由以利審核評估：  
 (1) 因本人為要保人，故本契約內容變更申請書所填寫之地址為本人住家、戶籍地址或通訊處地址。  
 (2) 本契約內容變更申請書所填寫之住所(通訊地址)為本人住家或戶籍地址，因要保人/被保險人為本人之  配偶  子女  父母  同一戶籍親友。  
(尚勾選同一戶籍親友請提供雙方地址相同之證明文件。)
- (二) 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，居住國家：\_\_\_\_\_  否
- (三) 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，請說明：\_\_\_\_\_  否
- (四) 要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序?  是  否
- (五) 其他：\_\_\_\_\_
- 日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日
- 業務員簽名：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
聯絡/行動電話：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



凱基人壽客戶服務專線：0800-098-889；海外諮詢專線(須付費)：該國國際冠碼+886 2-6601-5760

#### 公司使用欄

<input type="checkbox"/> 申請書上有立可白/修正帶...等之塗改處，請註明：_____				
<input type="checkbox"/> 與實體文件相符 <input type="checkbox"/> 實體文件不清楚 <input type="checkbox"/> 已附轉帳授權書/薪扣同意書 <input type="checkbox"/> 流水編號不符 <input type="checkbox"/> 其他，請註明：_____				
主管：	核保人員：	經辦：	通訊處受理：	保單作業中心受理：
受理號碼：				

