

- ◎ 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3頁下方簽章。

保單 號碼		要保人		被保險人	
----------	--	-----	--	------	--

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：

契約變更內容	
	01 / 84 要保人或被保險人聯絡資訊變更
要保人	住所(通訊地址)： <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (郵遞區號) <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 市鄉鎮路段巷弄號樓之</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 縣市區街</div>
	戶籍地址： <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (郵遞區號) <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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 市鄉鎮路段巷弄號樓之</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 縣市區街</div>
	E-mail： <div style="text-align: right; color: red; font-size: small;">(在凱基人壽所有有效個人保單之E-mail將併同更新)</div>
	聯絡 電話：住家() _____ 公司() _____ 分機 _____ 行動 _____
被保險人	住所(通訊地址)： <input type="checkbox"/> 同上述要保人住所(通訊地址) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (郵遞區號) <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 市鄉鎮路段巷弄號樓之</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 縣市區街</div>
	戶籍地址： <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (郵遞區號) <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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 市鄉鎮路段巷弄號樓之</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 縣市區街</div>
	E-mail： <div style="text-align: right; color: red; font-size: small;">(在凱基人壽所有有效個人保單之E-mail將併同更新)</div>
	聯絡 電話：住家() _____ 公司() _____ 分機 _____ 行動 _____

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：_____



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，務必再提供「*號」欄位資料。

※ 身故保險金受益人如係身分別之指定或要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話，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
生存保險金	1	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：_____	_____ 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		
	2	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：_____	_____ 銀行(郵局) _____ 分行(局號) 帳號：_____ *銀行代碼(Swift Code)：_____ *英文戶名：_____		%			
滿期/祝壽保險金	1	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：_____	_____ 銀行(郵局) _____ 分行(局號) 帳號：_____ *銀行代碼(Swift Code)：_____ *英文戶名：_____	無須填寫				
身故/喪葬費用保險金	1	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：_____	_____ 銀行(郵局) _____ 分行(局號) 帳號：_____ *銀行代碼(Swift Code)：_____ *英文戶名：_____ 地址： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (郵遞區號) _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____ 電話：_____ E-mail：_____		%	<input type="checkbox"/> 均分		
	2	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：_____	_____ 銀行(郵局) _____ 分行(局號) 帳號：_____ *銀行代碼(Swift Code)：_____ *英文戶名：_____ 地址： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (郵遞區號) _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____ 電話：_____ E-mail：_____		%			

◎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：



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

保險金種類	受益人姓名	分期定期給付	
		保險金分期定期給付比例	期間
身故保險金		%	<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 25年
		%	<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 25年
		%	<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 25年
完全失能保險金	被保險人本人	%	<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 25年

◎若非可分期定期給付商品，雖於本欄位填寫，仍不生效力。若「保險金分期定期給付比例」未填寫或填寫0%，視為不約定保險金分期給付。相關給付請詳保單條款。

34 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)〇〇一人身保險(二)〇四〇行銷(三)〇五九 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)〇六九 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驗證之機關/機構。(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。

※本人因事不克親至 貴公司辦理保險契約 _____ 事宜，茲委任 _____ 君代為處理，與本人關係為 _____。

業務員/受託人/見證人填寫欄	本人已詳閱本申請書內容、「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」及背面注意事項，並已獲得必要之資訊，充分瞭解其動申請對於本人各項權益與保障之影響。
業務單位： 業務員： (簽章) 登錄證字號： 聯絡電話： 單位/分行主管： (簽章) 受託人： (簽章) 見證人： (簽章) 經紀人、代理人公司之簽署人： (簽章)	此致 凱基人壽保險股份有限公司 要保人： _____ (簽章) 被保險人： _____ (簽章) 法定代理人/監護人/輔助人： _____ (簽章) (請填寫下列資料) 身分證字號/出生日期/關係/國籍： _____ ◎本公司未授權業務人員收取現金/支票繳交契約變更補費款項，請見注意事項。 ◎要/被保險人未滿七歲或受監護宣告者，由法定代理人/監護人代為簽名；七歲(含)以上或受輔助宣告者請由本人親自簽名。不識字者得以捺拇指手印代替簽名，但須有二位以上已成年的見證人在旁簽名，惟見證人不得為業務員，同時須註明見證人身分證字號及其與不識字者之關係。 ◎要保人/被保險人未成年、受監護宣告受輔助宣告者，需法定代理人/監護人/輔助人簽名及填寫關係。 ◎為維護 您的權益：請使用要保書樣式簽章，並請勿於空白的申請書上簽章。 聯絡電話： _____ 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 如有電訪需求時，要保人之合適電訪時間 <input type="checkbox"/> 上午(8:30~12:00) <input type="checkbox"/> 下午(13:00~18:00) <input type="checkbox"/> 不拘

(本申請書所有簽名部份應由當事人本人親自簽章屬實無誤，如有虛偽不實，簽名人願負法律上應負之責任)



填寫申請書注意事項

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. 本公司於必要時得修訂以上之規定。
5. 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**
6. * 繳費方式說明 *

【提醒您】本公司已全面推行「零現金」服務，從未授權或指定任何個人帳戶作為保險費收取之用，亦未授權任何業務人員收取現金或支票以代繳保險費。

- 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。

填寫申請書說明

1. 住所(通訊地址)：請填寫您目前生活且可以收到本公司郵寄各式通知單及繳費通知的地址。
2. 戶籍地址：請填寫於戶政單位登記的地址，如：身分證、戶口名簿…所登記的地址。
3. 受益人變更：請填寫您想要指定可以領取保險金的人。

保險金種類	說明
生存保險金	到達保險契約約定的時間，被保險人仍生存，保險公司依保險契約約定給付生存保險金受益人的金額。
滿期/祝壽保險金	到達保險契約約定的保險期間 / 被保險人到達一定年齡時，被保險人仍生存，保險公司依保險契約約定給付滿期/祝壽保險金受益人的金額。

4. 保險金給付分配方式：當受益人有二位(含)以上時需勾選。

分配方式	說明
均分	受益人平均分配保險金。
順位	受益人按照指定的順序領取保險金。指定的每位受益人請記得註明1、2、3…才能區分領取的先後，第1順位的受益人無法領取保險金時，始由第2順位的受益人領取；第1、2順位的受益人無法領取保險金時，始由第3順位的受益人領取…。
比例	按照指定的百分比(%)領取保險金，每位受益人請記得註明領取的百分比(%)，所有受益人的比例總和需為100%。



搜尋 凱基人壽APP



搜尋 凱基人壽企業網站

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

- 申請書上有立可白/修正帶…等之塗改處，請註明：_____
- 與實體文件相符
- 實體文件不清楚
- 已附轉帳授權書/薪扣同意書
- 其他，請註明：_____

經辦	受理號碼	通訊處受理	保單作業部受理



* P 0 1 1 4 2 0 4 0 1 *