

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	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：

代號/項目	契約變更內容												
01 要保人聯絡資訊變更 <p style="font-size: 8px;">掃碼申請 保戶e通知 保戶e通知 表單明細</p>	<p>住所(通訊地址)： <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/> 縣市 鄉鎮市區 路 段 巷 弄 號 樓之 (郵遞區號) 街</p> <p>◎與本契約有關之各項催告及通知之送達，以要保人住所為準，如有變更應以書面通知本公司。</p> <p>戶籍地址： <input type="checkbox"/> 同上述要保人住所(通訊地址) <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/> 縣市 鄉鎮市區 路 段 巷 弄 號 樓之 (郵遞區號) 街</p> <p>◎依戶籍法第三條第三項說明：一人同時不得有二戶籍。將以本申請書所填載之戶籍地址為準，併同更新本公司所有個人保單之戶籍地址。</p> <p>E-mail： 英文請大寫，數字 0 請寫 0 ；本公司所有個人保單之E-mail將併同更新</p> <p>聯絡電話：住家() 公司() (分機) 行動</p> <p><input type="checkbox"/> 申請保戶e通知，E-mail同上。 <input type="checkbox"/> 取消</p> <p>◎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)</p>												
01、84 被保險人聯絡資訊變更 欲異動配偶/子女之聯絡資訊，請勾選下列對象後填寫。 不同地址請填在第五頁其他欄位。 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女姓名 <input type="checkbox"/> 子女姓名 <input type="checkbox"/> 子女姓名	<p>84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"/> 縣市 鄉鎮市區 路 段 巷 弄 號 樓之 (郵遞區號) 街</p> <p>01戶籍地址： <input type="checkbox"/> 同上述被保險人住所(通訊地址) <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/> 縣市 鄉鎮市區 路 段 巷 弄 號 樓之 (郵遞區號) 街</p> <p>◎依戶籍法第三條第三項說明：一人同時不得有二戶籍。將以本申請書所填載之戶籍地址為準，併同更新本公司所有個人保單之戶籍地址。</p> <p>E-mail： 英文請大寫，數字 0 請寫 0 ；本公司所有個人保單之E-mail將併同更新</p> <p>聯絡電話：住家() 公司() (分機) 行動</p>												
09、01 要保人變更 【辦理此項變更請檢附 FATCA及CRS客戶自我聲明書暨個人資料同意書】 【投資型保單，新要保人請辦理結匯授權，檢附投資型保險商品連結高收益債券基金風險預告書，並請掃下方QR CODE完成投資屬性評估】	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">新要保人姓名</th> <th style="width:15%;">身分證字號</th> <th style="width:20%;">出生日期或註冊設立日期</th> <th style="width:10%;">國籍</th> <th style="width:15%;">具美國稅務居民身分</th> <th style="width:20%;">與被保險人關係</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>____年__月__日</td> <td><input type="checkbox"/> 中華民國</td> <td><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>◎過去一年內新要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，居住國家： ◎新要保人是否是現任(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)? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明：</p> <p>01住所(通訊地址)： <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/> 縣市 鄉鎮市區 路 段 巷 弄 號 樓之 (郵遞區號) 街</p> <p>E-mail： 英文請大寫，數字 0 請寫 0 ；本公司所有個人保單之E-mail將併同更新</p> <p>聯絡電話：住家() 公司() (分機) 行動</p> <p>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。</p> <p>◎申請變更要保人，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。 ◎申請變更要保人，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。</p>	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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
84 要保人帳號變更 <p style="font-size: 8px;">申請投資 屬性評估</p>	<p>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。※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：</p> <p>中文戶名：_____，_____銀行_____分行，帳號：_____</p> <p>* 英文戶名：_____ 銀行代碼(Swift Code)：_____</p> <p>◎若本次未提供或開戶時無英文戶名，本公司將使用外交部領事事務局之中譯英系統翻譯英文戶名。</p>												

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：_____



代號/項目	契約變更內容
-------	--------

08 / 61 / 84 受益人變更【保險金給付限匯款】

- ◎ 以主契約被保險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。
- ◎ 受益人有二位(含)以上若未勾選分配方式則推定為均分；分配方式勾選順位如未註明則按由上至下順序受益；分配方式勾選比例如未註明則推定為均分受益。
- ◎ 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；若本次未提供或開戶時無英文戶名，本公司將使用外交部領事事務局之中譯英系統翻譯英文戶名。

保險金種類及受益人資料(08)(每欄限勾1種) ◎身故/喪葬費用保險金受益人如非該被保險人配偶、直系血親、法定繼承人，請說明原因。	受益人匯款及聯絡資訊(61/84)	保險金分配方式			
		比例	順位	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： 身分證字號： 出生日期： 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____ 與被保險人關係： *說明原因：	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：_____	%	□	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： 身分證字號： 出生日期： 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____ 與被保險人關係： *說明原因：	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：_____	%	□	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： 身分證字號： 出生日期： 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____ 與被保險人關係： *說明原因：	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：_____	%	□	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： 身分證字號： 出生日期： 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____ 與被保險人關係： *說明原因：	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：_____	%	□	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。

26 減額繳清保險

【請檢附減額繳清保險
確認書】

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。

取消全部附約 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。

10 基本資料變更

【僅需填寫變更內容之欄位】

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
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_____ <input type="checkbox"/> 本人原簽章方式中為簽名與印鑑者,原印鑑不慎遺失,特此聲明作廢,日後如有就此憑證以領取之各項給付發生任何糾紛或致 貴公司有所損害時,本人願負法律上一切責任與 貴公司無涉。						
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 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險費,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(本人同意一併終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						
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_____		職碼 正職 兼職		職級 第 級 第 級		
37/62 結清保單紅利/增值回饋分享金【請填寫匯款帳號並勾選申請原因】	<input type="checkbox"/> 結清儲蓄生息保單紅利 <input type="checkbox"/> 結清增額繳清保額【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"/> 結清儲蓄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_____		
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 <input type="checkbox"/> 高階管理人員		姓名	身分證字號	出生日期	國籍	稅籍
					____年____月____日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____
					____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【依各險種規範辦理】		給付週期		<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 半年 <input type="checkbox"/> 季 <input type="checkbox"/> 月	
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						
54/61 給付管道變更【請填寫匯款帳號,欄位不足時,另填於其他欄】	<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】 <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)					
		【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)					
22 險種轉換/年期縮短	※資金來源: <input type="checkbox"/> 本人/家屬薪資收入(含紅利) <input type="checkbox"/> 基金贖回 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 本人/家屬投資收入 <input type="checkbox"/> 保單解約金 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 其他:_____ 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						
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、年金額指定受益人帳戶) ◎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/服務總覽/表單下載/其他文件/其他服務/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;若本次未提供或開戶時無英文戶名,本公司將使用外交部領事事務局之中譯英系統翻譯英文戶名。							



* P 0 1 1 4 3 0 3 0 3 *

代號/項目	契約變更內容																																																																																																		
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 ※資金來源： <input type="checkbox"/> 本人/家屬薪資收入(含紅利) <input type="checkbox"/> 基金贖回 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 本人/家屬投資收入 <input type="checkbox"/> 保單解約金 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 主契約保額【降低】為_____元/計畫/單位 【須檢附身分證正反面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	<input type="checkbox"/> 附加契約異動如下【若本次申請加保被保險人聯絡資訊有異動，請填寫第1頁聯絡資訊變更】 ※資金來源： <input type="checkbox"/> 本人/家屬薪資收入(含紅利) <input type="checkbox"/> 基金贖回 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 本人/家屬投資收入 <input type="checkbox"/> 保單解約金 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 【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)? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明：_____】 【申請加保，請填寫 凱基人壽保險股份有限公司人身保險契約審閱期間確認聲明書】																																																																																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">被保險人姓名</th> <th style="width:15%;">身分證字號</th> <th style="width:15%;">出生日期</th> <th style="width:15%;">國籍</th> <th style="width:15%;">與主被保險人關係</th> <th style="width:15%;">領有身心障礙手冊或證明</th> <th style="width:15%;">目前是否受有監護宣告</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 是，請提供 <input type="checkbox"/> 否</td> <td><input type="checkbox"/> 是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/> 否</td> </tr> <tr> <th colspan="3">附約險種名稱</th> <th>年期</th> <th colspan="3">附加契約異動內容</th> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位</td> </tr> <tr> <th style="width:15%;">被保險人姓名</th> <th style="width:15%;">身分證字號</th> <th style="width:15%;">出生日期</th> <th style="width:15%;">國籍</th> <th style="width:15%;">與主被保險人關係</th> <th style="width:15%;">領有身心障礙手冊或證明</th> <th style="width:15%;">目前是否受有監護宣告</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 是，請提供 <input type="checkbox"/> 否</td> <td><input type="checkbox"/> 是，請提供證明文件 <input type="checkbox"/> 否</td> </tr> <tr> <th colspan="3">附約險種名稱</th> <th>年期</th> <th colspan="3">異動內容</th> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 變更為_____元/計畫/單位</td> </tr> </tbody> </table>		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	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			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	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	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		
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	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																																																																																															
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	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	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																																																																																															
23 復效	※資金來源： <input type="checkbox"/> 本人/家屬薪資收入(含紅利) <input type="checkbox"/> 基金贖回 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 本人/家屬投資收入 <input type="checkbox"/> 保單解約金 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 申請恢復保單效力【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足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足歲被保險人喪葬費用保險金說明」。																																																																																																		
80 不定期彈性繳	※資金來源： <input type="checkbox"/> 本人/家屬薪資收入(含紅利) <input type="checkbox"/> 基金贖回 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 本人/家屬投資收入 <input type="checkbox"/> 保單解約金 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 彈性費用_____元【利率變動型險種適用】																																																																																																		
82/83 申請/變更/取消定期彈性繳	※資金來源： <input type="checkbox"/> 本人/家屬薪資收入(含紅利) <input type="checkbox"/> 基金贖回 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 本人/家屬投資收入 <input type="checkbox"/> 保單解約金 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 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： 【利率變動型險種適用】 <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 <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	<input type="checkbox"/> 主契約保險費【提高】為_____元 <input type="checkbox"/> 天生贏家定期扣款彈性保險費金額 NT\$ _____ 【投資連結型商品】 (注意：並不包括目標保險費金額) ※資金來源： <input type="checkbox"/> 本人/家屬薪資收入(含紅利) <input type="checkbox"/> 基金贖回 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 保單借款 <input type="checkbox"/> 本人/家屬投資收入 <input type="checkbox"/> 保單解約金 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 主契約保險費【降低】為_____元																																																																																																		



代號/項目	契約變更內容																		
49	<input type="checkbox"/> 申請批註「凱基人壽外幣保險單借款批註條款」(外幣非投資型商品) 茲同意以批註條款方式適用「凱基人壽外幣保險單借款批註條款」,本申請書經本公司受理並同意後,構成原契約之一部分,內容變更如下:一、外幣保險單借款成數調整。二、變更後條款內容詳「凱基人壽外幣保險單借款批註條款」。 <input type="checkbox"/> 申請批註「凱基人壽分紅保單紅利給付方式批註條款」 茲同意以批註條款方式適用「凱基人壽分紅保單紅利給付方式批註條款」,本申請書經本公司受理並同意後,構成原契約之一部分,內容變更如下:一、增加「增額分紅保額」、「年度分紅保額」給付方式。二、變更後條款內容詳「凱基人壽分紅保單紅利給付方式批註條款」。																		
87生存/滿期保險金給付年齡	<p>◎本項變更僅限保單條款約定可指定特定年齡領取生存/滿期保險金之保單申請,需計算變更前後之保單價值準備金,補/退費用,如於繳費期間內辦理變更,以變更後之生存保險金給付年齡之保險費收取續期保險費。</p> <p>【樂退年年、美樂添鑫】適用:變更生存保險金給付年齡為 <input type="checkbox"/> 60歲 <input type="checkbox"/> 65歲</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">【享退年年、悠退年年】適用</th> <th colspan="2">【積優年年】適用</th> </tr> <tr> <th>生存保險金給付年齡</th> <th>滿期保險金給付年齡</th> <th>生存保險金給付年齡</th> <th>滿期保險金給付年齡</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. <input type="checkbox"/> 55歲</td> <td>A. <input type="checkbox"/> 75歲 <input type="checkbox"/> 85歲</td> <td>A. <input type="checkbox"/> 55歲</td> <td>A. <input type="checkbox"/> 70歲 <input type="checkbox"/> 80歲</td> </tr> <tr> <td>B. <input type="checkbox"/> 60歲</td> <td>B. <input type="checkbox"/> 80歲 <input type="checkbox"/> 90歲</td> <td rowspan="2">B. <input type="checkbox"/> 60歲</td> <td rowspan="2">B. <input type="checkbox"/> 75歲 <input type="checkbox"/> 85歲</td> </tr> <tr> <td>C. <input type="checkbox"/> 65歲</td> <td>C. <input type="checkbox"/> 85歲 <input type="checkbox"/> 95歲</td> </tr> </tbody> </table>	【享退年年、悠退年年】適用		【積優年年】適用		生存保險金給付年齡	滿期保險金給付年齡	生存保險金給付年齡	滿期保險金給付年齡	A. <input type="checkbox"/> 55歲	A. <input type="checkbox"/> 75歲 <input type="checkbox"/> 85歲	A. <input type="checkbox"/> 55歲	A. <input type="checkbox"/> 70歲 <input type="checkbox"/> 80歲	B. <input type="checkbox"/> 60歲	B. <input type="checkbox"/> 80歲 <input type="checkbox"/> 90歲	B. <input type="checkbox"/> 60歲	B. <input type="checkbox"/> 75歲 <input type="checkbox"/> 85歲	C. <input type="checkbox"/> 65歲	C. <input type="checkbox"/> 85歲 <input type="checkbox"/> 95歲
【享退年年、悠退年年】適用		【積優年年】適用																	
生存保險金給付年齡	滿期保險金給付年齡	生存保險金給付年齡	滿期保險金給付年齡																
A. <input type="checkbox"/> 55歲	A. <input type="checkbox"/> 75歲 <input type="checkbox"/> 85歲	A. <input type="checkbox"/> 55歲	A. <input type="checkbox"/> 70歲 <input type="checkbox"/> 80歲																
B. <input type="checkbox"/> 60歲	B. <input type="checkbox"/> 80歲 <input type="checkbox"/> 90歲	B. <input type="checkbox"/> 60歲	B. <input type="checkbox"/> 75歲 <input type="checkbox"/> 85歲																
C. <input type="checkbox"/> 65歲	C. <input type="checkbox"/> 85歲 <input type="checkbox"/> 95歲																		
85資訊定期通知變更	<input type="checkbox"/> 電子郵件(送達 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 留存於本公司E-mail) <input type="checkbox"/> 書面 (送達 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 住所地址)																		
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。																		
34其他:																			

為維護您的權益,提醒您務必於終止保險契約/取消附約前確認已詳閱並充分了解下列重要事項:

一. 申請保險契約終止/取消附約者,自本公司收到要保人書面通知時,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。 二. 保險契約終止後,其所附加之各項有效附約將依您所勾選之方式處理。 三. 保險契約終止/取消附約時,可能無法全額領回已繳保險費。 四. 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。 五. 保險契約終止/取消附約後再投保新保單時,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。 六. 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。	一. 申請保險契約終止/取消附約者,自本公司收到要保人書面通知時,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。 二. 保險契約終止後,其所附加之各項有效附約將依您所勾選之方式處理。 三. 保險契約終止/取消附約時,可能無法全額領回已繳保險費。 四. 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。 五. 保險契約終止/取消附約後再投保新保單時,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。 六. 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。
--	--

◎本契約內容變更申請書所變更者僅限於本申請書上所列示之保單,並不及其他保單,但職級變更、姓名變更、身分證字號變更、出生年月日變更不在此限。

※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 _____。

服務人員/受託人/見證人填寫欄	◎本人已詳閱本申請書內容、背面「壽險業履行個人資料保護告知義務內容」及注意事項,並已獲得必要之資訊,充分瞭解異動申請對於本人各項權益與保障之影響。 ◎經由櫃檯人員說明,本人知悉尚有其他以本人為要保人之保險單停效中,並已充分瞭解可於復效期間屆滿前提出復效申請,倘未於復效期間屆滿前恢復保單效力者,契約效力將自期限屆滿之日翌日上午零時起終止。(申請復效需依受理當時規範辦理) 已知悉請勾選 <input type="checkbox"/> 是
業務單位:	此致 凱基人壽保險股份有限公司
服務人員: (簽章)	要保人: _____ (簽章) 【原要保人新簽章】: _____ (簽章)
登錄證字號:	(原要保人) _____ 【新要保人】: _____ (簽章)
聯絡電話:	被保險人: _____ (簽章) 【被保險人新簽章】: _____ (簽章)
單位/分行主管: (簽章)	附加契約被保險人(配偶/子女): _____ (簽章)
受託人: (簽章)	法定代理人/監護人/輔助人: _____ (簽章)
見證人: (簽章)	(請填寫下列資料) 法定代理人/監護人/輔助人身分證字號,出生日期,國籍及關係:
保經、代公司簽章:	◎ 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、受監護宣告或受輔助宣告者,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;如果您因投保新的保單而辦理降低保險金額、繳清、展期、險種轉換或終止契約,請再次確認本次辦理之項目符合您的需求。
	聯絡電話: _____ 申請日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 如有電訪需求時:要保人或其法定代理人之合適電訪時間 <input type="checkbox"/> 上午(8:30-12:00) <input type="checkbox"/> 下午(13:00-18:00) <input type="checkbox"/> 不拘 被保險人或其法定代理人之合適電訪時間 <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)



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/服務總覽/表單下載/線上服務保戶e通知表單明細。
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。
12. 提醒您，申辦任何有關領取款項之交易須謹慎評估，勿因「高回報」或「高收益」誘惑，而輕易提出申請；款項領取後，若有不明人士要求您轉帳至其他帳戶，請立即向警方或165專線查證！

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。
(倘勾選同一戶籍親友請提供雙方地址相同之證明文件。)
- (二) 其他：_____

日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日
業務員簽名： _____
聯絡/行動電話： _____



搜尋 凱基人壽APP



凱基人壽企業網站



投資型保險客戶風險屬性評估問卷專區



填寫範例



凱基人壽防詐專區

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：_____ 另有檢附契變書，識別碼：_____
 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 流水編號不符 其他，請註明：_____

主	管	經	辦	保單作業中心受理	通訊處受理	受理號碼

