

## 保險契約終止申請書

 受理日期： 年 月 日  
(本欄限由行政中心受理人員填寫)

\*投資型保單以文件齊全且送(寄)達行政中心保服課櫃台視為當日。

\*保險契約終止作業，經本公司受理後即進入作業流程，故受理後即不接受撤銷申請。

要保人	保單號碼		(限填一張保號)
1. 本人向 貴公司申請保單解約且已詳閱並充分了解本終止申請書內容說明，請依保單條款約定給付解約金，若有保單借款、自動墊繳之保險費本息及其他任何欠繳款項，貴公司得先扣除欠款及本息後，給付其餘額予本人。 2. 申請保單解約的資金用途是 <input type="checkbox"/> 購買其它新契約 <input type="checkbox"/> 其他：_____ (必填且擇一填寫) 3. 本保單所附加之各項有效附約請依下列方式處理：(請勾選其一，未勾選或重複勾選者，視為「一併終止」，無附加附約者免勾選。) <input type="checkbox"/> 一併終止(倘有未到期保險費予以退還或累積紅利之給付) <input type="checkbox"/> 保障至該期已繳之附約保險費期滿日為止(無未到期保險費可退還)			
匯款帳號	銀行(郵局)及分行名稱	金融機構代號	郵局局號 / 帳號
(限要保人帳戶)			

## ◎ 保單解約權益說明【為維護您的權益，提醒您務必於解約前詳閱下列事項】

- 申請保險契約終止者，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。
- 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。
- 保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。
- 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。
- 保險契約終止後再投保新保單時，須承擔下列風險：
  - 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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。
- 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。

## ◎ 注意事項

- 如本保單有其他各項待付款項未申領，且受款人等同本保單之要保人，本公司將逕自以解約金給付方式一併給付給要保人。
- 匯款帳戶錯誤或其他原因，致匯款不成功者，將改開立支票給付(不含外幣保單)；若所提供之匯款帳戶，若發生結清、凍結或不可歸責於本公司等情形時而致損失，本公司概不負責。
- 外幣保單給付款帳戶為本公司公告或通知之指定銀行匯款，其產生之相關費用由本公司負擔，否則所產生之相關費用依保單條款約定之。
- 本公司依約匯撥給付款予要保人時，匯款相關費用由本公司負擔，但因要保人提供之帳戶錯誤所生之再次匯款費用，則由要保人負擔。
- 因應美國海外帳戶稅收遵循法案(簡稱 FATCA 法案)本公司因而需要辨認保單受益人是否具美國公民或稅務居民之身份，請於申請保險契約終止後十日內與本公司客戶服務專線聯繫，本公司當竭誠協助您準備相關資料，以維護您的權益免遭受美國稅法上的不利處遇。
- 蒐集、處理及利用個人資料告知事項：新光人壽係為人身保險相關服務及執行而蒐集您的個人資料(包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址及基於保險契約與服務關係所提供之個人資料等)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供予新光人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至新光人壽各行政中心或利用新光人壽免費客戶服務專線(0800-031115)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集處理利用或刪除您的個人資料，惟新光人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，新光人壽將無法提供您完善的服務。

## ◎ 聲明事項

- 本人同意 貴公司將本申請書上之本人保險資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考。
- 本申請書確實為本人簽章無誤；如所使用之本人印章與本保險單內頁不符時，本人願意親自簽名並提供雙證件影本，如有任何糾紛，概由本人負一切法律責任，與 貴公司無涉。
- 本人茲聲明終止契約之保險單自 貴公司給付解約金之日起作廢，日後如因該保險單遭他人冒用或其他原因損及 貴公司權益，或涉及金錢、法律及其他糾紛時，概由本人自行承擔，與 貴公司無涉。
- 本人 ☐ 已審閱蒐集、處理及利用個人資料告知事項並已詳閱本申請書內容及保單解約權益說明，同意依照 貴公司規範辦理。

此致 新光人壽保險股份有限公司

要保人簽章：	身分證字號：	聯絡電話(住所)： (公司)： (必填)(手機)：
--------	--------	---------------------------------

※請依保單內頁之簽章樣式親自簽章；有批註附約延續權之主約已理賠致主約失效，如附約全數解約者由受任人辦理。

法定代理人/ 監護/受任/： 輔助人簽章	身分證字號 生 日： 國 籍	聯絡電話(住所)： (公司)： (必填)(手機)：
----------------------------	----------------------	---------------------------------

※要保人未滿七歲或受監護或受輔助宣告者由法定代理人/監護人/輔助人代其簽名；七歲以上未滿二十歲，須本人及其法定代理人共同簽名。

(必填)可接受電訪時間：☐ 上午 9-12 時 ☐ 下午 1-6 時 (可複選)

通訊地址：\_\_\_\_\_ 申請日期：民國 年 月 日

◎ 本申請書確為要保人/法定代理人/監護人/受任人/輔助人親自簽章辦理，本人已確實核對其身分資料無誤，如有虛偽不實，本人等願負法律上之責任。			新光人壽核定欄			
◎ 身分核對證件： <input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 駕照 <input type="checkbox"/> 健保卡(必勾選)			受理經辦	行政中心 經辦	主管/覆核	協理
服務單位名稱	服務人員	保經代簽署人		<input type="checkbox"/> 確認 簽章無誤		
單位/分行代號	登錄證字號					