

110年01月01日起適用

要保書最新文號：109.01.01新壽行政字第1090000016號函備查

【新光人壽】

外幣人身保險要保書(I)

新光銀行版

適用商品：外幣商品

※ 美富人生商品，保險年齡達21歲以上者，請另行下載AI5表單。

業績年月：	新契約編號：	保單號碼：	行銷代號：
-------	--------	-------	-------

- 1.本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
- 2.投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
- 3.保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解，並把握保單契約撤銷之時效（收到保單翌日起算十日內）。
- 4.本商品部分年齡可能發生累積所繳保險費扣除已領生存保險金給付後之金額超出身故保險金給付之情形。
- 5.資訊公開說明請查詢本公司全球網際網路網址<http://www.skl.com.tw>，或逕至全國各分公司電腦查詢、下載，免費服務專線：0800-031-115。



一、基本資料		※下列資料請以正楷詳細填寫，若有塗改請要保人於塗改處簽名確認												
被保險人	姓 名							身分證字號						
	出生日期	民國	年	月	日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	與要保人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母子女 <input type="checkbox"/> 其他					
	國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 美國 <input type="checkbox"/> 其他												
	電話號碼	住家電話：() 公司電話：() 行動電話：												
	戶籍地址													
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明（請勾選）？如勾選是者，請提供。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）？如勾選是者，請提供相關證明文件。												
要保人	<input type="checkbox"/> 同被保險人(要保人與被保險人同一人者，僅需填寫住所、保單類型及匯款帳戶)													
	姓 名							身分證字號						
	出生日期	民國	年	月	日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 美國 <input type="checkbox"/> 其他					
	服務單位名稱							職 位						
	工作內容							副業或兼業(詳細內容)						
	電話號碼	住家電話：() 公司電話：() 行動電話：												
	戶籍地址													
	住 所(通訊地址)	<input type="checkbox"/> 同要保人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 如右：												
	保單類型	<input type="checkbox"/> 電子保單 <input type="checkbox"/> 紙本保單(條款QR Code) <input type="checkbox"/> 紙本保單(含條款)						※本公司因特殊狀況無法提供電子保單或紙本保單(條款QR Code)時，將改以提供紙本保單。 ※如選紙本保單(條款QR Code)，保單條款於保險單中以QR Code方式提供。						
	要保人匯款帳戶	銀行： 分行： 帳號： ※如有應退還、返還或應給付予要保人之款項，除已另有約定給付方式外，本公司得將該款項匯入上列要保人帳戶。												

二、電子單據服務	
<input type="checkbox"/> 申請 (未勾選者視為不申請)	(若申請者，請擇一勾選) <input type="checkbox"/> 電子郵件信箱(E-MAIL)：_____@_____ <input type="checkbox"/> 簡訊 (以要保書所留存之要保人行動電話)
※同意申請電子單據服務，係以同要保人(申請人)向本公司投保之所有有效保險契約(含停效件)及日後向本公司投保生效之保單，辦理約定以電子郵件信箱或簡訊寄發公司各項活動訊息及單據/通知單(不含投資型商品保單帳戶價值通知書及催告通知書)，申請後本公司將不再寄送實體書面文件；申請人若多次申請時，概以最後一次之申請文件內容及相關約定辦理。	

三、通知	
本商品之當年度解約金、身故保險金及生存保險金等給付項目折合新臺幣計算後之參考價值每年的通知方式：	
<input type="checkbox"/> 同電子單據服務之電子郵件信箱	<input type="checkbox"/> 書面郵寄至要保人住所 <input type="checkbox"/> 其他：電子郵件信箱 _____@_____
※如有申請以電子郵件信箱為通知方式者，本公司將不再以書面郵寄方式通知要保人，若未勾選者則以書面郵寄方式通知要保人。	

四、要保事項		生存保險金給付年齡：被保險人保險年齡_____歲（若保險單條款無「生存保險金給付年齡」，雖填寫生存保險金給付年齡仍不生效力）			
險種名稱	壽/保險			保險金額	<input type="checkbox"/> 元整 <input type="checkbox"/> 萬元整
計價幣別	<input type="checkbox"/> 美元 <input type="checkbox"/> 其他_____	繳法別	<input type="checkbox"/> 躉繳 <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳	繳費年期	<input type="checkbox"/> 分期繳 _____年 <input type="checkbox"/> 至 _____歲
首期收費管道	<input type="checkbox"/> 銀行轉帳（請另填本公司保險費暨保險單借款利息自動轉帳付款授權書） <input type="checkbox"/> 匯款（戶名：新光人壽保險股份有限公司）				
續期收費管道	銀行轉帳（請另填本公司保險費暨保險單借款利息自動轉帳付款授權書） 註：本公司指定之外匯存款戶請至本公司網站查詢，本公司保留變動指定之外匯存款戶及指定銀行之權利。				
續期保費之墊繳	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意	※壽險契約續期保險費如超過寬限期間仍未交付時，本公司得自動墊繳同一保單號碼下主契約、附約之應繳保費及利息；要保人得以書面或其他約定方式通知本公司，主約繳費期滿後，以主、附約保單價值準備金墊繳附約保險費及利息。 ※墊繳保險費的利息，請詳閱人壽保險投保人須知。			
保單紅利	<input type="checkbox"/> A.儲存生息 <input type="checkbox"/> D.抵繳應繳保險費 <input type="checkbox"/> C.現金給付 <input type="checkbox"/> P.購買增額繳清保險 ※投保不分紅保單時雖勾選保單紅利領取方式仍不生效力。 ※投保分紅保單時，請勾選保單紅利領取方式，如無勾選，且未於期限內勾選者一律以保單條款規定辦理。				
增加回饋金給付方式	※保單年度未滿六年： <input type="checkbox"/> P.購買增額繳清保險 <input type="checkbox"/> D.抵繳應繳保險費 ※第七保單年度（含）起： <input type="checkbox"/> C.現金給付(選擇現金給付，請填寫第一頁「要保人匯款帳戶」) <input type="checkbox"/> P.購買增額繳清保險 <input type="checkbox"/> D.抵繳應繳保險費 <input type="checkbox"/> A.儲存生息 <input type="checkbox"/> 選擇「現金給付」者，同時申請自第七保單年度(含)起且被保險人保險年齡達55歲(含)以上時，以每月為給付週期辦理。(詳註1、註2及註3) ※被保險人於保險年齡十六歲前，其給付方式依保險單條款約定辦理。 (本項未勾選則依購買增額繳清保險方式辦理；若保險單條款無「增加回饋金」或該項給付方式時，雖勾選給付方式仍不生效力。) 註1：本項未勾選者，則依第七保單年度（含）起要保人選擇之增加回饋金給付方式辦理；若保險單條款無該項增加回饋金給付類型時，雖勾選仍不生效力。 註2：倘於第七保單年度（含）起增加回饋金給付方式未選擇以現金給付者，雖勾選仍不生效力。 註3：被保險人於第七保單年度且保險年齡達55歲（含）以上者，始得適用本給付週期，如承保當時不符合前述約定者，雖勾選仍不生效力。				

五、受益人

※受益人人數為二人以上之填寫方式：①依順位給付者，請詳填給付順位。②依比率(%)給付者，請詳填欲分配比率(%)之百分比。
 ※祝壽、滿期、生存保險金受益人未指定時，以要保人為受益人。
 ※若依保險單條款約定無該項保險金時，雖填寫受益人欄仍不生效力。
 ※分期定期保險金給付：(若依保險單條款約定無分期定期給付之商品，雖填寫「分期定期保險金給付方式」，仍不生效力)
 (1)給付期間最短為5年，最長請依您所投保商品保單條款約定之給付期間選擇，如該期間有所變更時，則以變更後之期間為準。
 (2)分期定期保險金給付期間，本公司不受理分期定期保險金給付期間之變更。
 (3)身故保險金受益人不僅一人時，可針對不同受益人選擇不同之給付方式、比例及給付期間。
 (4)「一次給付」、「分期給付」二者之比例總和應等於100%。
 (5)比率未填寫或填寫為0%時，視為投保時不約定分期定期保險金給付方式。

保險金種類	受益人資料						給付 順位	比率 (%)	
身故保險金 (如要保人不同意填寫聯絡地址及電話，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後通知依據)	(1)	姓 名	身 分 證 字 號	出生日期	民國	年 月 日			
		聯絡電話	與被保險人關係	國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 美國 <input type="checkbox"/> 其他				
		聯絡地址 <input type="checkbox"/> 同要保人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
		匯款帳戶 銀行： 分行： 帳號：							
		分期定期保險金給付方式		一次給付： % 分期給付： %， 年					
	(2)	姓 名	身 分 證 字 號	出生日期	民國	年 月 日			
		聯絡電話	與被保險人關係	國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 美國 <input type="checkbox"/> 其他				
		聯絡地址 <input type="checkbox"/> 同要保人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
		匯款帳戶 銀行： 分行： 帳號：							
		分期定期保險金給付方式		一次給付： % 分期給付： %， 年					
	(3)	姓 名	身 分 證 字 號	出生日期	民國	年 月 日			
		聯絡電話	與被保險人關係	國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 美國 <input type="checkbox"/> 其他				
		聯絡地址 <input type="checkbox"/> 同要保人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
		匯款帳戶 銀行： 分行： 帳號：							
		分期定期保險金給付方式		一次給付： % 分期給付： %， 年					
	(4)	姓 名	身 分 證 字 號	出生日期	民國	年 月 日			
		聯絡電話	與被保險人關係	國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 美國 <input type="checkbox"/> 其他				
		聯絡地址 <input type="checkbox"/> 同要保人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
		匯款帳戶 銀行： 分行： 帳號：							
		分期定期保險金給付方式		一次給付： % 分期給付： %， 年					
完全失能保險金	(1)	被保險人本人							
		匯款帳戶	銀行： 分行： 帳號：						
		分期定期保險金給付方式		一次給付： % 分期給付： %， 年					

保險金種類	受益人資料						給付 順位	比率 (%)	
滿期保險金	(1)	姓 名	身 分 證 字 號	出生日期	民國 年 月 日				
		聯絡電話	與被保險人關係	國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 美國 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
		聯絡地址 <input type="checkbox"/> 同要保人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
		匯款帳戶 銀行： _____ 分行： _____ 帳號： _____							
	(2)	姓 名	身 分 證 字 號	出生日期	民國 年 月 日				
		聯絡電話	與被保險人關係	國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 美國 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
		聯絡地址 <input type="checkbox"/> 同要保人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
		匯款帳戶 銀行： _____ 分行： _____ 帳號： _____							
生存保險金	(1)	姓 名	身 分 證 字 號	出生日期	民國 年 月 日				
		聯絡電話	與被保險人關係	國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 美國 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
		聯絡地址 <input type="checkbox"/> 同要保人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
		匯款帳戶 銀行： _____ 分行： _____ 帳號： _____							
	(2)	姓 名	身 分 證 字 號	出生日期	民國 年 月 日				
		聯絡電話	與被保險人關係	國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 美國 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
		聯絡地址 <input type="checkbox"/> 同要保人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
		匯款帳戶 銀行： _____ 分行： _____ 帳號： _____							
生存保險金 給付類型	<input type="checkbox"/> 年給付型 <input type="checkbox"/> 半年給付型 <input type="checkbox"/> 季給付型 <input type="checkbox"/> 月給付型 ※本項未勾選則採年給付型辦理；若保險單條款無該項生存保險金給付類型時，雖勾選生存保險金給付類型仍不生效力。 ※若生存保險金受益人達二人以上時，其生存保險金給付類型一律採年給付型辦理。								
祝壽保險金	(1)	姓 名	身 分 證 字 號	出生日期	民國 年 月 日				
		聯絡電話	與被保險人關係	國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 美國 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
		聯絡地址 <input type="checkbox"/> 同要保人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
		匯款帳戶 銀行： _____ 分行： _____ 帳號： _____							

六、被保險人告知事項		※為確保您的權益，請務必親自填寫本「告知事項」，如有不實，本公司得依保險法第六十四條解除契約，保險事故發生後亦同。			
身高：	公分	體重：	公斤	服務單位名稱：	職位：
工作內容：			副業或兼業（詳細內容）：		
下列告知事項，是否有為“是”者.....			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
1.最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？ 2.過去一年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？（詳註一） 3.過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？（亦可提供檢查報告代替回答） 4.過去五年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？（詳註二） 5.過去五年內，是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ 6.目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害、智能障礙（外表無法明顯判斷者）？ 7.已確知懷孕？（懷孕 週）（女性被保險人回答） 8.投保健康險者： (1)現在是否仍患有下列疾病？精神官能症、何杰金氏症、膽管炎、膽囊炎、梅毒、腦性麻痺、腦膿瘍、化膿性骨髓炎、併發有嘔吐現象的持續性頭痛、內耳炎、鼻竇炎、乳突炎、坐骨神經痛、椎間板脫出、腎結石、輸尿管結石、膀胱結石、腦膜炎、腦炎、水腦症。 (2)是否曾金屬中毒、化學中毒或施行剖腹產？			(註一) A.酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。B.食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎、膽結石。C.肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。D.慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。E.痛風、高血脂症。F.青光眼、白內障。G.運動神經元疾病（投保長期照顧險者回答）。H.乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血（女性被保險人回答）。 (註二) A.高血壓症（指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上）（如有請於「告知欄」填明實際之血壓）、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤、心律不整（指實性心跳過速、心房撲動、心房纖維性顫動、期外收縮、陣發性心跳過速、心室纖維性顫動、心臟傳導阻斷）。B.腦中風（腦出血、腦梗塞、腦栓塞）、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、巴金森氏症、精神病。C.肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。D.肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常（GOT、GPT值檢測值有異常情形者）。E.腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。F.視網膜出血或剝離、視神經病變。G.癌症（惡性腫瘤）。H.血友病、白血病、貧血（再生不良性貧血、地中海型貧血）、紫斑症。I.糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。J.紅斑性狼瘡、膠原症。K.愛滋病或愛滋病帶原。L.阿茲海默氏病、退化性關節炎、骨質疏鬆症、失智症、退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者、椎間盤疾患，伴有脊髓病變者、脊椎狹窄、外傷脊椎病變、脊椎腫瘤（投保長期照顧險者回答）。		
告知欄	上述詢問事項勾選「是」者，請詳細說明病名、診治醫院及大約發病日期、大約住院手術日期：				

七、聲明事項	
1.本人（被保險人）同意新光人壽保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。 2.本人（被保險人、要保人）同意新光人壽保險股份有限公司將本要保書上所载本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。 3.本人（被保險人、要保人）同意新光人壽保險股份有限公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。 4.本人（要保人）已詳閱后附「匯率風險說明書」，並了解本保險係以保單頁面所載之計價幣別為收付幣別，持有本保險期間越長，匯率波動越難預測，匯率風險越高；本保險之保險費、保險給付、保險單借款、費用及其他款項之收付，皆以保單頁面所載之計價幣別進行，且須以外匯存款戶存撥之。本人或受益人向保險人領取各種外幣保險給付或本保險相關外幣款項後，如將前揭外幣款項兌換為新臺幣時，須自行承擔因匯率變動可能產生之匯兌損益及匯兌費用。業務員已確實告知上述情事。	

八、注意事項	
1.分紅保險單辦理「展期定期保險」後，自展期定期保險生效日起變更為不分紅保單，故無各項保險單紅利之分配。 2.本人已瞭解保險單紅利為非保證給付項目，可能會變動為較高或較低之數字，銷售人員已確實告知上述情形。（不分紅保單並無保險紅利，本項不適用） 3.本人已知悉本要保書所載第六項告知事項、第七項聲明事項，並同意接受其相關內容之拘束。 4.健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時(除保險契約已使用脫退率計價者外)，本公司將依各該契約條款之約定給付解約金或退還未到期保險費給要保人。	

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	已審閱「要保書填寫說明」、「保險單條款樣本」、「人壽保險投保人須知」、「匯率風險說明書」及「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」。
---	--

九、本保險摘要說明	
1.匯率風險說明： (1)外幣保單之保險費交付係逕由要保人已開立之銀行外匯存款帳戶或由要保人自行將新臺幣兌換成外幣後，再向保險公司指定銀行之外匯存款戶存、匯；另本保險之保險給付將由保險公司逕以外幣匯入受益人之外匯存款戶；此外如您辦理各項保險單權益之相關款項收付，亦皆由保險公司逕以外幣匯入您的外匯存款戶。因此您或受益人將會因前述不同收付方式需分別負擔該外幣保險費及各項保險給付存、匯所需之匯款相關費用。 (2)外幣保單是以外幣計價的保單，各項給付及所繳的保險費皆以同一外幣計算，要保人須留意外幣在未來轉換成新臺幣將會因時間、匯率的不同，產生匯兌上的差異，這差異可能使您享有匯兌價差的收益亦可能造成損失，因此要保人及受益人應瞭解需承擔之任何匯兌損益及相關費用。 (3)除上述所列之風險，應另外考慮該幣別所屬國家之政治、經濟變動之風險。 2.匯款相關費用係指匯款時所支付與匯款相關之郵電費、匯費或手續費用，包含匯出銀行及因跨行匯款所經國外中間銀行所可能收取之相關費用。 3.匯款相關費用及收款銀行手續費之負擔： 要保人交付或受領下列各款金額時，如產生匯款相關費用，應由要保人負擔： (1)交付保險費、償還墊繳保險費及其利息、償還保險單借款及其利息。 (2)受領(總)解約金、總保單價值準備金。 (3)受領保險單借款、受領退還之保險費。 要保人、受益人或本公司受領各項款項時，如有收款銀行手續費，應由各該受領人負擔。 詳細內容請參閱各保險單條款。	

要保人簽名	被保險人簽名	法定代理人、監護人簽名	法定代理人、監護人資料
		(與要保人或被保險人關係：)	<input type="checkbox"/> 同要保人/被保險人(以下免填) 姓名： 身分證字號： 出生日期：民國 年 月 日 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他
要(被)保險人不識字者見證欄（見證人請附身分證明文件）			
1、見證人：	2、見證人：		
申請日期：民國 年 月 日			
※要保人、被保險人應親自簽名，未滿7足歲或受監護宣告者由法定代理人或監護人代其簽名；7足歲以上未滿20足歲，須本人及其法定代理人簽名。 ※要保人、被保險人為不識字之成年人或雙目失明者，得以大拇指指印代替簽名，且加蓋印章，並由二位親友於要(被)保險人不識字者見證欄見證。			

保險業務員/保險經紀人/保險代理人簽名	業務員登錄字號/執業證號	單位/分行名稱	保費	保經代簽署人/主管：
			_____元	

新光人壽保險股份有限公司

傳統型個人人壽保險契約審閱期間確認聲明書

一、本人（即要保人，以下同）因投保 貴公司 _____

經 ☐ 業務人員親送 ☐ 傳真 ☐ 郵寄 ☐ 網路 ☐ 電子郵件（可複選）

之方式取得保險契約條款樣張。

二、本人就上述傳統型個人人壽保險契約條款樣張之審閱期間聲明如下

（請擇一勾選）：

☐ 本契約條款樣張已於民國_____年_____月_____日提供本人審閱

（審閱期間至少三日）。

☐ 其 他：_____

此 致

新光人壽保險股份有限公司

要保人簽名：_____身分證統一編號：_____

法定代理人/監護人簽名：_____

（要保人未滿二十足歲且未婚或受監護宣告者，須經法定代理人或監護人簽名）

聲明日期：民國_____年_____月_____日

AA0A103



蒐集、處理及利用個人資料告知事項

新光人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(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)人身保險(00一)。
- (二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。

二、蒐集之個人資料類別：

- (一)姓名。
- (二)身分證統一編號。
- (三)地址。
- (四)病歷、醫療、健康檢查。
- (五)通訊方式。
- (六)出生日期。
- (七)基於保險契約與服務關係，於要保書、要保文件與各項業務申請文件等所提供之個人資料。

三、個人資料利用之期間、地區、對象、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、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心
、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司合作推廣台端保險契約相關業務之保險經紀人公司、保險
代理人公司及銀行、業務委外機構、依法有調查權機關或金融監理機關、與本公司合作提供台端保險契
約相關服務之合作廠商、與本公司合作提供身分識別服務之合作廠商。
- (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、電子郵件、傳真、電子文件。

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。



FATCA及CRS個人客戶自我聲明書暨個人資料同意書 FATCA and CRS Individual Self-Certification & Personal information Form

註：若您具有非臺灣之稅籍，請以英文填寫此份聲明書，並請詳細閱讀【附錄一】填表說明及參考【附錄二】名詞解釋，以便正確填寫聲明書。Note 1: Please fill in this self-certification in English if you have any tax residency outside Taiwan. In order to fill in the self-certification correctly, please read carefully 【Appendix I】 Instruction and 【Appendix II】 Definitions.

第一部分：帳戶持有人基本資料 Part I : Account Holder Information

A. 姓名 Full Name: (英文姓名請以護照/居留證姓名為準 Please fill in the name in the passport / resident certificate)

B. 身分證字號/統一證號 ID / Uniform ID Numbers : _____

C. 居住地址(戶籍地址) (請勿留存郵政信箱或送達代收地址) : Residence Address (Do not use a P.O. box or an in-care-of address)

【僅限新契約/理賠且只為臺灣之稅務居民使用】 ☐ 同本次申請文件之地址

(This Box is only applicable to opening new contract/claim and only a Taiwan tax resident.)same as the address in this application form.

【非新契約/理賠且只為臺灣之稅務居民，請以中文填寫如下；或不僅為臺灣之稅務居民，請以英文填寫如下】：
 (Please fill in this self-certification in Chinese if you are a non-contract/claim client and are solely a Taiwan tax resident. Please fill in this self-certification in English if you have any tax residency outside Taiwan.)

_____ (國家 Country)

D. 出生資訊 Birth Information :

出生日期 Date of Birth : 西元_____年(YYYY)_____月(MM)_____日(DD)

出生地 Place of Birth : 國家 Country : _____

第二部分：稅籍 Part II : Tax Residence(s)

1. ☐ 本人僅為臺灣之稅務居民。(第二部分聲明結束) I am only a Taiwan tax resident. (End of Part II)

2. ☐ 本人不為或不僅為臺灣稅務居民，請聲明稅籍如下：

I am not or not only a Taiwan tax resident. Please declare account holder's tax residencies :

(1) 是否為美國公民或美國稅務居民 Are you an U.S citizen or U.S. resident alien for tax purposes?

☐ 否 no。(代碼 Code B010)

☐ 是 Yes，稅籍編號 Tax Identification Number - (代碼 Code B020)

(2) 請於下表填寫除美國稅籍外之所有稅籍(包含台灣)Please indicate in the table below the your jurisdiction of tax residence, except the U.S.(including Taiwan) :

稅籍國家 Country of tax residence	稅籍編號 Tax Identification Number	若無法提供TIN者，請勾填原因A、B或C If no TIN available, please enter Reason A, B or C :	若選填原因B者，請解釋無法取得稅籍編號之原因 Please explain why you are unable to obtain a TIN in the below table if you have selected this Reason B
		<input type="checkbox"/> A、 <input type="checkbox"/> B、 <input type="checkbox"/> C	
		<input type="checkbox"/> A、 <input type="checkbox"/> B、 <input type="checkbox"/> C	
		<input type="checkbox"/> A、 <input type="checkbox"/> B、 <input type="checkbox"/> C	



若無法提供TIN(Tax Identification Number，稅籍編號)者，請勾填原因A、B(含原因)或C

If no TIN available, please enter Reason A, B (with explanation) or C:

原因A.-本人所屬的稅務國家並無發給稅籍編號予其稅務居民。

Reason A - The jurisdiction where I am the resident does not issue TINs to its residents

原因B.-本人無法取得稅籍編號或類似編號。(若選填此項者，請解釋無法取得稅籍編號之原因)

Reason B - I am otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number. (Please explain why you are unable to obtain a TIN in the below table if you have selected this reason)

原因C.-本人無需提供稅籍編號。(僅針對所填寫之稅籍國家規定無需揭露稅籍編號時，才能選填此項)

Reason C - No TIN is required. (Note. Only select this reason if the authorities of the jurisdiction entered below do not require the TIN to be disclosed).

聲明及簽署

Declarations and Signature

本人聲明本自我聲明暨個人資料同意書之內容均屬真實、正確及完整，並知悉且同意新光人壽保險股份有限公司(以下稱 貴公司)在法律上有責任把此聲明書內的資料及有關金融帳戶之其他金融資訊，申報予美國國稅局或臺灣稅務機關，除具有美國公民或美國稅籍居民身分外，臺灣稅務機關會將該資訊交換予與本國簽訂跨國協定之其他稅籍國家。

I hereby certify that all statements made in this self-certification and personal information consent form are true, correct and complete and acknowledge and agree that the Shin Kong Life Insurance Co., Ltd. may be legally obliged to pass on the information in this form and other financial information with respect to your financial accounts to the IRS or Taiwan tax authority. Except U.S citizen or U.S tax resident, Taiwan tax authority may exchange this information with tax authorities of jurisdictions pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.

本人瞭解並同意 貴公司為證實上開聲明內容得於必要時向本人索取相關證明文件；得代理本人向美國稅法的扣繳義務人出示本聲明書或交付本聲明書之複本以協助本人聲明非屬美國納稅義務人。

I understand and agree that the Company have the right to obtain the relevant supporting documents from the Account Holder when it is necessary; the Bank may present this statement or a copy of this statement to the IRS in stating that I am not a US taxpayer.

若上述聲明內容有任何變更時，本人至遲將於變更後 30 天內通知 貴公司。

If there is any change in the above statement, I will notify the Bank within 30 days after the change.

本人瞭解此一聲明暨同意書除符合個人資料保護法及相關法規之要求外，已詳閱並同意「配合 FATCA 法案蒐集、處理及利用個人資料告知事項」相關內容。

I understand that this statement allow me to comply with the requirements of the Personal Data Protection Act and related regulations. I have read and agreed to the "Notice for the Collection, Processing and Use of Personal Information for FATCA Compliance".

此致 新光人壽保險股份有限公司 台照

To: Shin Kong Life Insurance Co., Ltd.

立同意書人簽名(章) Signature: _____

法定代理人/監護人簽名 Signature of Legal Representative/ Legal guardian: _____

與立同意書人之關係 Capacity of the Signer: _____

簽署日期 Date: 西元_____年(YYYY)_____月(MM)_____日(DD)

新光人壽保險股份有限公司
配合FATCA法案蒐集、處理及利用個人資料告知事項

新光人壽保險股份有限公司（以下簡稱本公司）為與 台端共同配合美國海外帳戶稅收遵循法（Foreign Account Tax Compliance Act，以下簡稱FATCA法案）之目的，將依個人資料保護法等一切相關法令規定蒐集、處理及利用 台端的個人資料。本公司特告知下列事項：

一. 蒐集目的：

（一）共同配合FATCA法案，辨認本公司客戶是否屬於FATCA法案所規範的美國帳戶持有人，於必要時申報帳戶資訊予美國國稅局。

（二）FATCA法案所定應辦事項或程序。

二. 蒐集類別：台端提供之相關個人資料及留存於本公司之一切交易資訊（包含法務部公告個人資料類別中歸屬於識別類、財務細節類之資料）。

三. 個人資料利用之期間、方式、地區與對象：

（一）期間：因執行業務所必須、依法令規定應為保存之期間及個人資料蒐集之特定目的存續期間。

（二）方式：以自動化機器或其他非自動化之方式所為之利用，包括但不限於書面、電子或國際傳輸等。

（三）地區與對象：處理、利用及國際傳輸之地區及對象包含中華民國全境本公司營業處所及美國聯邦財政、稅務機關所在地。

四. 依據個人資料保護法第三條規定，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、處理及利用及請求刪除。

（二）行使權利之方式：依申請需求區分，本公司得採行以書面、電子郵件、傳真、電子文件等不同方式受理。

五. 本公司基於上述原因向台端提出蒐集個人資料時，台端可以自由選擇是否提供。如台端選擇不提供個人資料或是提供不完全時，本公司將可能無法提供完善服務或必須終止服務。

AB1

客戶投保權益確認函

要保人姓名：_____

被保險人姓名：_____

下述各問項內容請要、被保險人親自勾選。

是	否	請配合填寫下列各問項，以維護您的權益。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 業務員是否出示或告知已具備招攬保險之資格證件？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. 要保書及各項書面、電子文件(投資型商品包含客戶財務資訊及投資適性分析表、重要事項告知書、結匯授權書等)，且經您本人了解並親自簽名？(未成年者尚須經其法定代理人簽章)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. 您已瞭解本公司保險費收取應以銀行或郵局帳戶轉帳、匯款、信用卡方式繳納，不收取現金繳納保險費。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. 您已瞭解本次所繳交之保險費或未來分期繳交之保費，係用以購買保險商品且在您的經濟能力範圍內，而您也已充分瞭解本保單之內容(含保險種類、保險金額及保險費等)皆是您所需要且與您實際需求相當。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. 您已確認受益人之指定係經被保險人同意且瞭解此件保險經新光人壽保險股份有限公司承保後，在您收到保險單翌日起 10 日內得以行使契約撤銷權，新光人壽保險股份有限公司並應無息退還要保人所繳保險費，本契約自始無效。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	若您購買投資型保險商品時，請加填第 6~8 問項 (未購買投資型保險商品時，雖勾選仍不生效力) 6. 您已充分瞭解本保單各項費用及收取方式，如保費費用、保險成本、部分提領費用等。 7. 您已充分瞭解您自身之投資屬性、風險承受能力、繳交保險費之資金來源，並確實明瞭本保單之投資損益係由要保人承擔。 8. 您已充分瞭解本保單若投資以外幣計價的基金，其匯率變動風險由要保人自行承擔。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	若您購買以外幣收付非投資型保險商品時，請加填第 9 問項 (未購買以外幣收付非投資型保險商品時，雖勾選仍不生效力) 9. 您是否能夠瞭解並願意承受匯率風險？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	若您購買利率變動型保險商品時，請加填第 10 問項 (未購買利率變動型保險商品時，雖勾選仍不生效力) 10. 您已充分瞭解本保險之「宣告利率」會隨著保險公司定期宣告而改變，保險公司不負最低宣告利率保證的責任。
要保人簽名		被保險人簽名
		法定代理人、監護人簽名

☐是；上述確認內容要、被保險人、法定代理人、監護人已充分瞭解，且已提示身分證明文件正本，並經業務員親自確認無誤。

業務員簽名：① _____/② _____

日期：_____年_____月_____日



本保險之保險費及保險給付金額皆以同一外幣別計價，並不得與保險公司約定新臺幣與外幣或各幣別間之相互變換。凡以外幣收付之非投資型人身保險相關款項之收付均以外幣收付，即本保險之保險費交付係由要保人以外匯存款、結購外幣或外幣現鈔，存入或匯入保險公司指定之外匯存款帳戶，匯率風險由要保人負擔；另，本保險之保險給付及滿期給付等相關款項，將由保險公司以外幣存入或匯入受益人之外匯存款帳戶；此外如要保人辦理各項保險單權益之相關款項收付（例如保險單借款等），亦應與保險公司事先約定收付以外匯存款帳戶存撥之。

在要保人以新臺幣兌換成外幣之方式分期繳納保險費時，可能因每期兌換匯率之不同而產生匯兌損益；要保人繳交保險費時，因繳費方式不同可能產生匯率差價、匯款手續費、郵電費及其他費用。

另，保險公司以外幣經由外匯存款帳戶給付予受益人保險金額或給付要保人有關保險單相關款項後，受益人或要保人如果想將外幣兌換成新臺幣，則可能因兌換匯率之不同而產生匯兌損益及匯款手續費、郵電費及其他費用。

因此，要保人應瞭解款項之收付方式，可能產生的匯率差價、匯款手續費、郵電費及其他費用，以及需承擔匯率風險，請於購買本保險前，詳閱商品簡介、要保書及保單條款，仔細了解本保險內容。

【匯率風險】

本保險是以外幣收付非投資型人身保險，保險費的繳交及各項保險給付皆以同一外幣為之，要保人須留意外幣在未來兌換成新臺幣將會因時間、匯率的不同，產生匯兌上的差異，這差異可能使要保人享有匯兌價差的收益，或可能造成損失，以下就新臺幣升值、貶值定義並舉範例說明。

【新臺幣升值】

即相對外幣貶值，例如：新臺幣對美元(或約定外幣)之匯率由32.00升至30.00，表示原1美元(或約定外幣)可兌換新臺幣32元，變為1美元(或約定外幣)僅可兌換新臺幣30元。

【新臺幣貶值】

即相對外幣升值，例如：新臺幣對美元(或約定外幣)之匯率由32.00貶至33.00，表示原1美元(或約定外幣)可兌換新臺幣32元，變為1美元(或約定外幣)可兌換新臺幣33元。

【範例】

某甲投保以美元(或約定外幣)收付的定期壽險，保險金額為10萬美元(或約定外幣)，簽約時，新臺幣對美元(或約定外幣)之匯率為32.00；三年後身故，本公司依規定給付10萬美元(或約定外幣)；受益人如於此時，將領取之美元(或約定外幣)保險給付兌換為新臺幣，美元(或約定外幣)保險金額所能兌換的新臺幣，將因兌換當時之新臺幣匯率與簽約時之新臺幣匯率不同而產生匯兌損益，受益人須自行承擔因匯率變動衍生之匯率風險。

單位：新臺幣元

	【例1】	【例2】
簽約時：美元(或約定外幣)對新臺幣的匯率	32.00	32.00
簽約時：10萬美元(或約定外幣)保險金額可兌換新臺幣	3,200,000	3,200,000
保險給付時：美元(或約定外幣)對新臺幣的匯率	33.00	30.00
保險給付時：10萬美元(或約定外幣)保險金額可兌換新臺幣	3,300,000	3,000,000
匯兌損益	100,000 (匯兌利益)	-200,000 (匯兌損失)

【相關費用】

繳納保險費，要保人以新臺幣結購外幣，存入或匯入保險公司指定之外匯存款帳戶，銀行會收取匯率差價、匯款手續費、郵電費及其他費用。

繳納保險費，由要保人之外匯存款帳戶，匯入保險公司指定之外匯存款帳戶，銀行會收取匯款手續費、郵電費及其他費用。前述匯款手續費、郵電費及其他費用包括匯出銀行、收款銀行及中間銀行等所收取之匯款相關費用。

以外幣收付之非投資型人身保險，因存款或匯款所產生之各項費用各銀行收費標準不同，各項費用之歸屬由保險公司與要保人於保險契約中約定。

【其他】

除上列說明外，購買以外幣收付之非投資型人身保險，請另考量下列情況：

1. 未來有外幣需求。

AA2A103



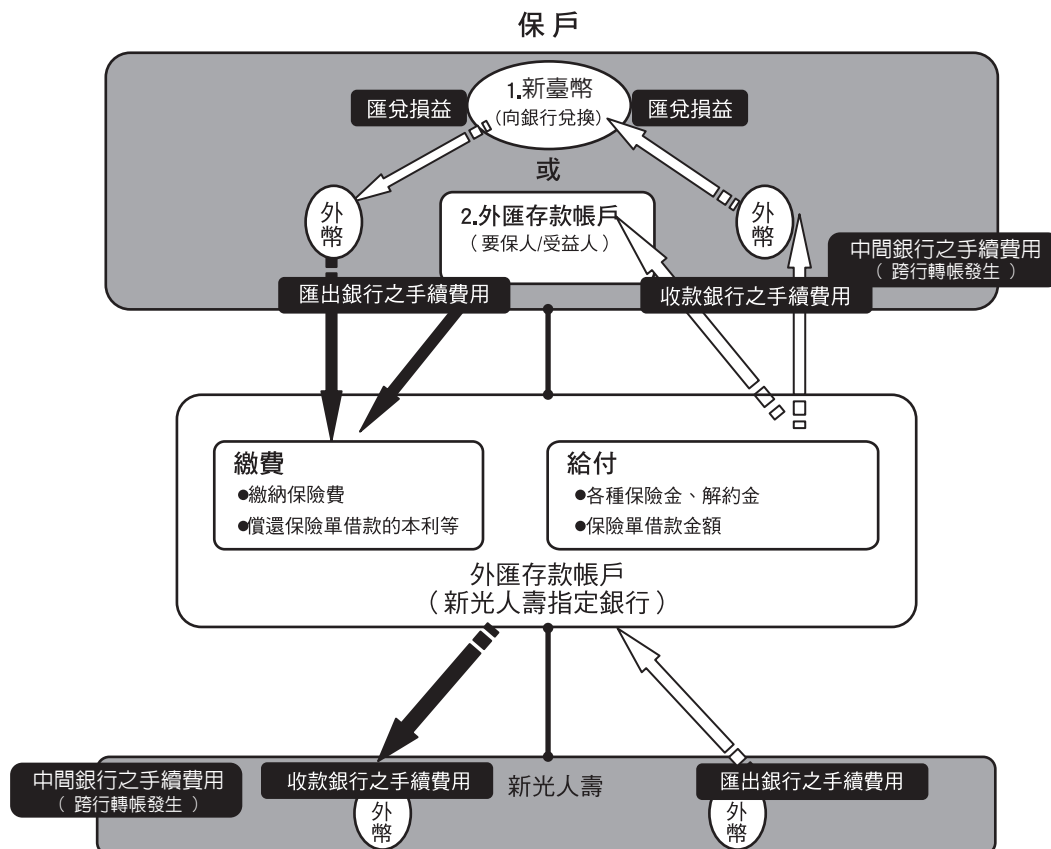
2. 該幣別所屬國家之政治、經濟變動風險。

要保人或受益人可能於以下情況面臨因外幣與新臺幣兌換之匯率風險：

1. 繳納保險費：如以新臺幣兌換成外幣繳納首期、續期、申請增加保額、申請復效及年齡錯誤造成短繳等之保險費時，其每次用以兌換之新臺幣金額會有所增減。
2. 領取各種保險金（如身故保險金、生存保險金…等）、解約金、滯納金或因年齡錯誤造成溢繳所須退還之保險費時，保險公司均係以外幣經由外匯存款帳戶給付，如要保人或受益人自行將外幣兌換成新臺幣時，每次兌換後所取得的金額可能有所增減。
3. 行使契約撤銷權：要保人如自行將保險公司退還之外幣保險費兌換成新臺幣，其金額將有可能因匯率變動而有所增減。
4. 因領取各種保險金、解約金等行政作業時間差所產生的匯率風險。

因以外幣收付之非投資型人身保險持有期間長，匯率風險較高，因此，要保人請審慎衡量未來有外幣需求才購買本保險單。

購買以外幣收付之非投資型人身保險，以外幣與新臺幣兌換時，保戶與本公司作業關係說明圖。



【註】要保人繳付保險費方式有：

1. 要保人以外幣現鈔，存入或匯入保險公司指定之外匯存款帳戶。
2. 由要保人以新臺幣結購外幣，存入或匯入保險公司指定之外匯存款帳戶。
3. 由要保人之外匯存款帳戶，匯入保險公司指定之外匯存款帳戶。

「本說明書係由新光人壽保險股份有限公司製作發送，新光人壽對本說明書的發送與內容介紹負完全責任」。

經業務員解說，我（要保人）已經了解「以外幣收付之非投資型人身保險匯率風險說明書」中所述之匯率風險及相關內容。

要保人：_____ 簽名 法定代理人/監護人：_____ 簽名

（要保人應親自簽名，未滿7足歲或受監護宣告者由法定代理人或監護人代其簽名；7足歲以上未滿20足歲，須本人及其法定代理人簽名。）

業務員：① _____ / ② _____ 簽名

※ 本說明書為一式二份，一份由新光人壽併同要保書留存備查，一份由要保人存執。

中 華 民 國 年 月 日

A58

以外幣收付之非投資型人身保險客戶適合度調查評估表

要保人購買以外幣收付之非投資型人身保險的目的（最少需勾選1項，可複選，請打勾）

註：本表各問題選項請以實際目的勾選（每項為獨立目的），評估時選項中有非為您購買本保險目的之選項時，則該項無需勾選。

目的	問題	是	否
1.多元資產配置	1-1 目前有外幣資產或投資，如外匯存款、海外基金、國外的股票…等？		
	1-2 過去曾購買以外幣計價之保險商品或各類投資工具？		
	1-3 未來有規劃持有外幣資產或投資？		
2.教育資金準備	2-1 未來子女要出國留學？		
	2-2 該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？		
3.購屋資金準備	3-1 未來要在國外置產？		
	3-2 該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？		
4.養老生活資金準備	4-1 退休後規劃到國外長住，養老、生活或旅遊？		
	4-2 該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？		
5.遺族生活資金準備	5-1 保險金受益人居住於國外？		
	5-2 該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？		
6.海外醫療準備	6-1 未來有海外經商、出國留學或到國外長住、養老、生活之規劃？		
	6-2 該國家可流通貨幣與所購買之保單幣別相同？		
7.其他(請說明)			
<p>以上調查評估結果：</p> <p>➤ 欲投保以外幣收付之非投資型人壽保險或年金保險者： 目的1至目的5任一目的所屬問題選項有勾選「是」或有說明其他購買目的者，表示未來有外幣需求，為本保險適合的銷售對象。</p> <p>➤ 欲投保以外幣收付之非投資型健康保險者： 目的6所屬問題選項有勾選「是」或有說明其他購買目的者，表示未來有外幣健康保險需求，為本保險適合的銷售對象。</p> <p>若無任一目的所屬問題選項有勾選「是」且未說明其他購買目的者，表示未來無外幣需求，非為本保險適合的銷售對象。</p>			
根據調查結果評估是否為本保險適合的銷售對象？			
適合的銷售對象，請繼續以下問題			
問題	是	否	
1.請確認有外幣需求及承擔匯率風險的能力？			
2.業務員是否已向要保人說明於繳納保險費，或領取各種保險金、解約金等款項，以新臺幣兌換外幣、或外幣兌換新臺幣時，可能有匯率風險？			
3.業務員是否已向要保人說明購買以外幣收付之非投資型人身保險，應由要保人或保險公司所負擔銀行收取之匯率差價、匯款手續費、郵電費及其他費用？			
4.業務員是否已向要保人說明外匯及其他相關主管機關有關法令規定？			
5.業務員是否已向要保人說明本公司所提供「以外幣收付之非投資型人身保險匯率風險說明書」之內容？			

本人(即要保人)已經了解上列所述各項問題並已確實勾選。

要保人：_____ 簽名 法定代理人/監護人：_____ 簽名

業務員：① _____ / ② _____ 簽名

中 華 民 國 年 月 日



A18

財務狀況告知書

要保人：_____ 被保險人：_____

一、投保目的：☐保障 ☐子女教育經費 ☐退休規劃 ☐房屋貸款 ☐其他_____

二、本次繳交保險費之資金來源為：☐工作收入 ☐投資收入 ☐滿期/生存金 ☐退休金 ☐財產繼承/贈與
☐保險單解約金(終止契約) ☐貸款 ☐保險單借款 ☐其他：_____ (可複選)

三、要/被保險人之服務公司及工作狀況：(若要/被保險人仍在學或未成年者，請填寫父母或法定代理人或經濟負擔者之工作狀況)

項 目	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 經濟負擔者 <input type="checkbox"/> 要保人之父母或法定代理人	<input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 經濟負擔者 <input type="checkbox"/> 被保險人之父母或法定代理人 (同要保人免填寫)
公司名稱/營業項目	/	/
職位及工作性質/年資	/	/
若為公司負責人，請填寫以下公司概況：		
1. 去年年營業收入	_____ 萬元	_____ 萬元
2. 去年稅前利潤	_____ 萬元	_____ 萬元
3. 總資產/負債總額	_____ 萬元/_____ 萬元	_____ 萬元/_____ 萬元

四、要/被保險人之財務狀況：(若要/被保險人仍在學或未成年者，請填寫父母或法定代理人或經濟負擔者之財務狀況)

項 目	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 經濟負擔者 <input type="checkbox"/> 要保人之父母或法定代理人	<input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 經濟負擔者 <input type="checkbox"/> 被保險人之父母或法定代理人 (同要保人免填寫)
資產	1. 動產(如活存、定存、股票、基金、有價證券……等)	_____ 萬元
	2. 往來銀行名稱	
	3. 不動產座落地點/市價	/ _____ 萬元
4. 家庭年收入(含薪資、紅利獎金、房租、利息等)	_____ 萬元	_____ 萬元
5. 借貸種類/負債總額 (可重覆勾選)	借貸/負債種類： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 房屋 <input type="checkbox"/> 創業 <input type="checkbox"/> 保單 <input type="checkbox"/> 信用 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 其他借貸/負債 _____ 借貸/負債總額：_____ 萬元	借貸/負債種類： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 房屋 <input type="checkbox"/> 創業 <input type="checkbox"/> 保單 <input type="checkbox"/> 信用 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 其他借貸/負債 _____ 借貸/負債總額：_____ 萬元

五、倘若有其他與本件投保相關之資料供本公司參考，請一併附於本告知書上。

六、聲明事項：

- 本人(含要保人及被保險人，以下同)已盡可能提供完整且真實之資料，做為 貴公司審核本人投保保險契約的依據。本人保證以上所陳之資料並無隱瞞或不實而足以影響 貴公司對此報告書之評估及接受性。
- 新光人壽依「個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，不得透露予不相干之第三人。

要保人簽名	被保險人簽名	法定代理人、監護人簽名

業務員簽名：① _____/② _____

招攬單位：① _____/② _____

日 期：民國_____年_____月_____日

A18A106



(未滿 15 足歲被保險人適用)

本人(要保人、被保險人及其法定代理人)瞭解並同意，如被保險人身故時未滿 15 足歲，則其所投保之人壽保險契(附)約及傷害保險契(附)約之喪葬費用保險金額總和(含本次及先前已投保者，且不限貴公司，以下同)，將依下列方式辦理：

- 一、被保險人之壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約如於 109 年 6 月 12 日(含，以下同)以後所投保者，其喪葬費用保險金給付總和不得超過本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半〔註 1〕。超過部分貴公司不負給付責任，並依契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。
- 二、被保險人如有於 99 年 2 月 3 日(不含，以下同)之前投保壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約者，其喪葬費用保險金之給付依下列方式辦理〔註 2〕：
 - (一)99 年 2 月 3 日之前投保之喪葬費用保險金額大於或等於本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半者，其喪葬費用保險金之給付依 99 年 2 月 3 日之前投保當時之契約約定辦理。而本次投保之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約，貴公司均不負給付責任，並依契約約定無息退還本次投保契(附)約之已繳保險費。
 - (二)99 年 2 月 3 日之前投保之喪葬費用保險金額小於本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半者，本次投保之喪葬費用保險金給付加計 99 年 2 月 3 日之前投保之喪葬費用保險金給付總和，以本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半為限，超過部分貴公司不負給付責任，並依契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。
- 三、前二款情形，於投保投資型人壽保險者，貴公司依保單條款約定，按比例返還超過部分之已扣除保險成本，並將原投資部分之保單帳戶價值，按約定返還予要保人或其他應得之人。

此致

新光人壽保險(股)公司

要保人簽名：_____ 要保人之法定代理人簽名：_____

被保險人簽名：_____ 被保險人之法定代理人簽名：_____

(未滿 7 足歲者，由法定代理人代為簽名；7 歲(含)以上未滿 20 足歲且未婚者，由本人及法定代理人簽名。)

聲明日期：民國_____年_____月_____日

〔註 1〕保險法第 107 條

以未滿十五歲之未成年人為被保險人訂立之人壽保險契約，除喪葬費用之給付外，其餘死亡給付之約定於被保險人滿十五歲時始生效力。

前項喪葬費用之保險金額，不得超過遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半。

前二項於其他法律另有規定者，從其規定。

〔註 2〕範例

1. 未滿 15 足歲之被保險人於 109 年 6 月 12 日以後首次投保壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約，若被保險人身故時未滿 15 足歲，保險公司給付喪葬費用保險金不得超過本次投保時遺產及贈與稅法第 17 條有關遺產稅喪葬費扣除額之一半(現行為 61 萬 5 千元)。保險公司就超過部分不負給付責任，並依契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。
2. 未滿 15 足歲之被保險人於 99 年 2 月 3 日之前已投保 200 萬元喪葬費用保險金額之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約(下稱 A 契約)，又於 109 年 6 月 12 日後投保 61 萬 5 千元喪葬費用保險金額之人壽保險契(附)約或傷害保險契(附)約(下稱 B 契約)，若被保險人於 109 年 6 月 12 日後身故且未滿 15 足歲，保險公司依訂定 A 契約時之契約約定給付喪葬費用保險金 200 萬元。保險公司就 109 年 6 月 12 日後投保 61 萬 5 千元喪葬費用保險金額之 B 契約不負給付責任，由保險公司依 B 契約約定無息退還該超過部分之已繳保險費。

本文件需簽名之欄位，已由簽名欄所稱之當事人本人親自簽名，且經保險業務員親視簽名無誤。

保險業務員簽名：_____ 簽署日期：民國_____年_____月_____日



AY0

同意/停止交互運用個人資料申請書

申請人了解 貴公司基於金融控股公司法第 43 條規定，得提供申請人之姓名及地址予新光金融控股股份有限公司(下稱新光金控)及其子公司(包括新光人壽保險股份有限公司、臺灣新光商業銀行股份有限公司、新光證券投資信託股份有限公司、新光金保險代理人股份有限公司、元富證券股份有限公司及未來因組織調整，依法於新光金控及其子公司網站揭露公告之新增或異動之子公司)間進行共同行銷。

申請人 ☐同意 提供除姓名及地址外之其他基本資料、往來交易及其他相關資料(包括帳務、信用、投資、保險等)予新光金控及其子公司，進行共同行銷之建檔、揭露、轉介或交互運用。

(本項請審慎勾選；若未勾選，則視為不同意)

※申請人得隨時以電話(客服專線：0800-031-115)、書面或親臨方式辦理變更或取消上述共同行銷之同意。

立約人簽章(親簽或蓋立約印鑑)：

法定代理人/監護人簽章：

身分證字號：

身分證字號：

※立約人應親自簽名，未滿7足歲或受監護宣告者由法定代理人或監護人代其簽名；7足歲以上未滿20足歲，須本人及其法定代理人簽名。

此致 新光人壽保險股份有限公司

中 華 民 國 年 月 日





新光人壽
Shin Kong Life

保險費暨保險單借款利息自動轉帳付款授權書

109年11月修訂版

受理編號(新壽填寫)：

授權繳費號碼(要保書條碼)(新契約用)：

註：授權繳費號碼於保經代通路係指通路自訂編碼，或新壽編碼：要保人身分證(末4碼)+要保書填寫日期之民國年(3碼)+月(2碼)+日(2碼)+24小時制時分(4碼)共15碼。

授權種類：☐ 首期暨續期保險費暨保險單借款利息 ☐ 續期保險費暨保險單借款利息

立授權人（以下稱授權人）茲授權下述之金融機構/郵局自授權人存款帳戶內自動轉帳交付下列保險契約之保險費暨保險單借款利息，並願遵守本授權書所列各項約定條款（含「保險費暨保險單借款利息自動轉帳付款授權約定條款」）：

編號	保單號碼(首期由新壽填寫)	要保人	被保險人	授權人與要(被)保險人關係 (參照關係類別代碼填入，如註說明)
1				
2				
3				

註：1.關係類別代碼：A.要保人 B.被保險人 E.身故受益人(第一順位) H.配偶 I.子女 J.父母 K.(外)祖父母
2.關係類別非要保人/被保險人/身故受益人(第一順位)請檢附相關證明文件

台幣保單	電子化授權 eDDA	電子化授權人（關係類別代碼限A.要保人或B.被保險人）、要保人同意藉由新光人壽APP/銀行ATM進行票據交換所媒體請款機制線上授權作業，並以上述保單進行電子化授權(eDDA)自動轉帳付款(限有加入電子化授權合作銀行，詳票交所網站)。 電子化授權編號（若以中國信託ATM進行授權，前三碼請加填CTB）：	
	銀行	<div><input type="checkbox"/> 103新光 <input type="checkbox"/> 004臺灣 <input type="checkbox"/> 005土地 <input type="checkbox"/> 006合作金庫 <input type="checkbox"/> 007第一 <input type="checkbox"/> 008華南 <input type="checkbox"/> 009彰化 <input type="checkbox"/> 011上海 <input type="checkbox"/> 012台北富邦 <input type="checkbox"/> 013國泰世華 <input type="checkbox"/> 017兆豐 <input type="checkbox"/> 050臺灣企銀 <input type="checkbox"/> 053臺中 <input type="checkbox"/> 054京城 <input type="checkbox"/> 108陽信 <input type="checkbox"/> 119淡水一信 <input type="checkbox"/> 803聯邦 <input type="checkbox"/> 806元大 <input type="checkbox"/> 807永豐 <input type="checkbox"/> 808玉山 <input type="checkbox"/> 809凱基 <input type="checkbox"/> 812台新 <input type="checkbox"/> 822中國信託</div> <div>銀行分支機構： 分行 帳號：</div>	
	郵局/其他金融機構	<div><input type="checkbox"/> 700存簿儲金(委託機構單位代號514) <input type="checkbox"/> 701劃撥儲金</div> <div>局號： 帳號： 帳號：</div> <div><input type="checkbox"/> 透過媒體交換(ACH)機制轉帳(用戶號碼等同保單號碼)</div> <div>金融機構代號： 名稱： 行(社、會) 分行(社、會)</div> <div>帳號：</div>	
	外幣保單	銀行	<div><input type="checkbox"/> 103新光 <input type="checkbox"/> 004臺灣 <input type="checkbox"/> 005土地 <input type="checkbox"/> 006合作金庫 <input type="checkbox"/> 007第一 <input type="checkbox"/> 008華南 <input type="checkbox"/> 009彰化 <input type="checkbox"/> 011上海 <input type="checkbox"/> 012台北富邦 <input type="checkbox"/> 013國泰世華 <input type="checkbox"/> 016高雄 <input type="checkbox"/> 017兆豐 <input type="checkbox"/> 050臺灣企銀 <input type="checkbox"/> 053臺中 <input type="checkbox"/> 054京城 <input type="checkbox"/> 102華泰 <input type="checkbox"/> 108陽信 <input type="checkbox"/> 118板信 <input type="checkbox"/> 147三信 <input type="checkbox"/> 803聯邦 <input type="checkbox"/> 806元大 <input type="checkbox"/> 807永豐 <input type="checkbox"/> 808玉山 <input type="checkbox"/> 809凱基 <input type="checkbox"/> 812台新 <input type="checkbox"/> 815日盛 <input type="checkbox"/> 822中國信託</div> <div>銀行分支機構： 分行 帳號：</div> <div>授權扣款之外幣活期帳戶須對應保單之幣別，兩者幣別須相同。</div>
授權人資料及印鑑欄	您的簽章表示同意電子化授權編號/授權繳費號碼(要保書條碼)為您授權保險契約之授權範圍，且同意授權人代為繳付保險費暨保單借款利息，並充分瞭解及同意本授權書約定條款。		原留帳戶印鑑(請逐聯簽章) /eDDA授權人簽章
	授權人戶名： 身分證號碼： 出生年月日： 國籍： 市內電話：() 行動電話： 法定代理人/監護人/輔助人簽名： 身分證號碼： 與授權人關係：		
要保人/法定/監護人簽章	您的簽章表示同意電子化授權編號/授權繳費號碼(要保書條碼)為您授權保險契約之授權範圍，且同意授權人代為繳付保險費暨保單借款利息，並充分瞭解及同意本授權書約定條款。		轉帳金融機構核對印鑑
	要保人有二人(含)以上時請同時簽名；或要保人未成年者，其法定代理人/監護人亦請同時簽章，並填寫身分證字號或附上證明文件佐證。(此簽名樣式應與要保文件簽名相同)		
	要保人： 法定代理人/監護人/輔助人： 本人已審閱『蒐集、處理及利用個人資料告知事項』內容 身分證字號： 日期： 年 月 日		

以下各欄位由新光人壽、保險代理人或經紀人之業務員填寫				建檔覆核經辦
單位/分行代號	單位/分行名稱	受理人(送件人)簽名	新壽：身分證字號/保經代：登錄證號	

※本授權書須經本公司受理人員認證後方予受理，受理人員則應確實認證，以確保公司與保戶雙方之權益。
發動行：新光銀行城內分行 交易代號：704人壽保費 新光人壽統編：03458902



機密等級：機密
本授權書共二聯 第一聯：紙本核印由開戶銀行審核後轉主辦銀行寄回新光人壽存查、電子化授權由新光人壽存查

保險費暨保險單借款利息 自動轉帳付款授權約定條款

109年11月修訂版

壹、一般條款

1. 授權書人(以下簡稱授權人)在新光人壽保險股份有限公司(以下簡稱新光人壽)指定之銀行設有活期存款或活期儲蓄存款帳戶者，或於郵局設有存簿儲金或劃撥儲金帳戶者，均得授權銀行/郵局辦理自動轉帳交付要保人與新光人壽簽定保險契約之應繳保險費及保險單借款利息(以下簡稱保險費用)。
2. 本授權書內容填寫不全、錯誤或其他原因致無法由授權銀行/郵局辦理轉帳者，則授權書不生效力。
3. 授權人以保險契約所載之要、被保險人本人或要、被保險人之(外)祖父母/父母/配偶/子女或身故受益人(第一順位)為限;電子化授權人以要、被保險人為限。
4. 授權人若非要保人本人，對新光人壽依本授權書約定自授權帳戶轉帳扣取保險費用不得有異議。
5. 授權人欲變更原指定自動轉帳交付保險費用之帳戶時，應重新填具授權書/線上重新授權，且新授權書生效時，原授權書即自動失效。
6. 授權人授權銀行自動轉帳交付之保險費用，若因指定帳戶存款不足、與授權銀行契約關係消滅、指定帳戶之存款遭法院強制執行或其他任何原因致授權銀行未能付款新光人壽時，授權銀行/郵局得不辦理自動轉帳，並應將事實通知新光人壽。
7. 有下列各款情形之一者，除本授權書另有約定外，本授權書之效力自該情形發生日起自動終止：
 - (1) 授權人結清指定帳戶時。
 - (2) 要保人繳付保險費用之義務消滅時。
 - (3) 要保人辦理繳費管道變更。
 - (4) 轉帳銀行或郵局不同意授權人依指定之方式繳交保險費用。
8. 授權人向授權銀行/郵局申請數項自動扣款服務以致同一天內須在同一存款帳戶執行數筆扣款交易時，授權銀行/郵局有權自行決定各筆扣款之先後順序，授權人不得有異議。
9. 授權人對新光人壽保險費之費率計算、退補保費或繳費憑證等事項若有疑義，應自行與新光人壽洽詢，與授權銀行/郵局無涉。
10. ●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，對於本授權書各欄位所提供之識別類（包括但不限於姓名、身分證、金融機構帳號等）、特徵類（包括但不限於出生年月日、國籍等）及家庭情形類（包括但不限於家庭情形或家庭其他成員之細節等）等類別資料，有為蒐集、處理、利用之權利。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、壽險公會及因以上目的作業需要之第三方(包括台灣票據交換所及其授權銀行等)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。個人資料保護重要權益請參閱本公司企業網站（<http://www.skl.com.tw>）資訊公開訊息或洽本公司客戶服務專線（0800-031115）。
11. 授權人指定之存款帳戶，不因存款帳戶印鑑遺失或變更而致使本授權書失其效力。
12. 以『轉帳』繳付保險費者，授權人同意原始存款『金融機構』完成建檔及核印後始得逕行扣繳保險費暨保單借款利息，若『金融機構』撥款予本公司受領後，始通知授權有瑕疵者，本授權書之授權自始不生效力，授權人須另行簽訂授權書。就本公司已受領之款項，自領受之日起二個月內無異議者，本公司得逕予入帳以繳交『指定保單』之保險費暨保險單借款利息；如因此而有疑義時，本公司將無息退還保險費暨保險單借款利息至原扣繳帳戶，概與原始存款銀行無涉。
13. 授權書內容屬新光人壽保險股份有限公司與授權人間權利義務之規定事項與郵局無關者，與郵局無涉。
14. 新光人壽得隨時拒絕授權人以本自動轉帳付款方式繳款；若新光人壽表示拒絕時，本授權書效力即行終止，授權人或要保人應另循其他方式繳款予新光人壽。
15. 授權人或要保人如有冒用他人帳戶轉帳之行為，須自負法律上的責任。
16. 本授權書之撤銷應由授權人或要保人以書面通知終止授權，並應於保險費應繳日前五個營業日以書面通知寄達新光人壽始生終止之效力；逾期通知者，則自次期始生終止之效力，除要保人另有書面約定外，要保人並同意應自行繳納屆期未繳之保險費。

貳、首期保費條款

1. 以本付款授權書繳交新契約首期保險費者，應連同新契約要保書一併交予新光人壽(網路投保保單除外)，新契約經本公司同意承保，並確定自指定銀行/郵局受領首期保險費時，溯及新光人壽受理本授權書時生效。若首期保險費未能經指定銀行/郵局轉帳成功者，保險契約自始無效。
2. 授權繳交首期保險費者，授權人若無反對之意思表示，該新契約之續期保險費、彈性保險費及保險單借款利息依照下列續期條款辦理。
3. 授權人或要保人於簽署轉帳付款授權書送件後，欲變更授權書內容者，應另立付款授權書/線上重新授權，並於保險契約完成承保程序前而送達新光人壽始生效力。
4. 保險契約有因辦理契約撤銷、終止、解除、誤扣、溢繳、不同意承保或承保內容變更致生退還保險費之情事者，要保人及授權人同意新光人壽得將退還之保險費無息退還給本授權書所約定之帳戶。
5. 首期保費無保費折扣且僅限定要保當時所開放之轉帳付款銀行/郵局，如有新增將於網站公告。

參、續期條款

1. 為確保您的權益，本授權書若有需經授權銀行核印成功方可扣款者，實際扣款日將延至銀行核印成功日後併入最近一期扣款日進行扣款。要保人同意自轉帳生效日起，由授權人指定之銀行/郵局帳戶轉帳代繳每期應繳保險費用，支付給新光人壽，且若有前期保費未繳納者將一併轉帳請款，要保人或授權人不得有異議。
2. 授權人或要保人欲終止授權關係時或欲變更保單繳別、年期、保額或其它異動保險費用等之變更，應於保單所載保險費用應繳日前五個營業日由要保人依新光人壽契約內容變更作業規範辦理變更。辦理終止授權變更者(繳費管道變更)爾後欲繼續授權銀行/郵局辦理自動轉帳者，則應重新填具授權書申請。
3. 授權機構為銀行者每月以10日、20日、月底等3日為轉帳扣款基準日，要保人保險費應繳日凡於1-10日應繳者，則以10日為轉帳扣款日；於11-20日應繳者，則以20日為轉帳扣款日；21日-月底應繳者，則以月底為轉帳扣款日，保險單借款利息不分應繳日一律10日扣款。但授權機構如為郵局者，其轉帳扣款日比照前述授權銀行之轉帳扣款日再延一天，扣款基準日如遇例假日，則順延一日扣款。
4. 轉帳扣款日若轉帳不成功者，新光人壽得再執行扣款或逕予催繳，經新光人壽以掛號寄催繳函通知要保人至要保書中之住所(收費地址)或要保人最後通知變更之地址，經通常之郵遞時間即視為合法送達(利率變動型年金商品、萬能型商品及投資型商品不寄催繳函)，要保人非授權人時要保人應負責通知授權人無法轉帳扣款之事實，要保人應於寬限期屆滿前主動向新光人壽服務單位繳交該次保險費用，若逾期未繳致保險契約停效者，概由要保人自行負責。得以彈性繳納之保險費用，當期轉帳扣款失敗次期保費仍繼續轉帳扣款，但若保單條款另有規定者依條款作業。
5. 依本公司受理規定適用轉帳優惠管道之保險商品，每張保單第二期起每期應繳主契約、附加特約表定保險費均得享有轉帳1%之保費折扣。
6. 保單若經辦理終止、解約或其他原因失效後，如仍於授權人帳戶中成功扣取保險費用，保單並不因此而繼續有效，新光人壽應將該扣款金額無息退還給本授權書所約定之帳戶。

肆、外幣保單條款

1. 約定自動轉帳之外幣扣款幣別需與該商品計價幣別或要保書上約定之幣別相同。
2. 台幣保單與外幣保單不得共用同一授權書或自同一帳戶扣款，且台幣帳戶不得存撥外幣。
3. 本公司保留變動指定之外匯存款戶及指定銀行之權利。

※透過台灣票據交換所媒體交換自動轉帳作業（ACH）銀行金融機構及其他有關農漁會及信合社等單位請向本公司服務人員洽詢或詳見本公司企業網站：<http://www.skl.com.tw>



新光人壽
Shin Kong Life

保險費暨保險單借款利息自動轉帳付款授權書

109年11月修訂版

受理編號(新壽填寫)：

授權繳費號碼(要保書條碼)(新契約用)：

註：授權繳費號碼於經代通路係指通路自訂編碼，或新壽編碼：要保身分證(末4碼)+要保書填寫日期之民國年(3碼)+月(2碼)+日(2碼)+24小時制時分(4碼)共15碼。

授權種類：☐ 首期暨續期保險費暨保險單借款利息 ☐ 續期保險費暨保險單借款利息

立授權人（以下稱授權人）茲授權下述之金融機構/郵局自授權人存款帳戶內自動轉帳交付下列保險契約之保險費暨保險單借款利息，並願遵守本授權書所列各項約定條款（含「保險費暨保險單借款利息自動轉帳付款授權約定條款」）：

編號	保單號碼(首期由新壽填寫)	要保人	被保險人	授權人與要(被)保險人關係 (參照關係類別代碼填入，如註說明)
1				
2				
3				

註：1.關係類別代碼：A.要保人 B.被保險人 E.身故受益人(第一順位) H.配偶 I.子女 J.父母 K.(外)祖父母
2.關係類別非要保人/被保險人/身故受益人(第一順位)請檢附相關證明文件

台幣保單	電子化授權 eDDA	電子化授權人（關係類別代碼限A.要保人或B.被保險人）、要保人同意藉由新光人壽APP/銀行ATM進行票據交換所媒體請款機制線上授權作業，並以上述保單進行電子化授權(eDDA)自動轉帳付款(限有加入電子化授權合作銀行，詳票交所網站)。 電子化授權編號（若以中國信託ATM進行授權，前三碼請加填CTB）：	
	銀行	<div><input type="checkbox"/> 103新光 <input type="checkbox"/> 004臺灣 <input type="checkbox"/> 005土地 <input type="checkbox"/> 006合作金庫 <input type="checkbox"/> 007第一 <input type="checkbox"/> 008華南 <input type="checkbox"/> 009彰化 <input type="checkbox"/> 011上海 <input type="checkbox"/> 012台北富邦 <input type="checkbox"/> 013國泰世華 <input type="checkbox"/> 017兆豐 <input type="checkbox"/> 050臺灣企銀 <input type="checkbox"/> 053臺中 <input type="checkbox"/> 054京城 <input type="checkbox"/> 108陽信 <input type="checkbox"/> 119淡水一信 <input type="checkbox"/> 803聯邦 <input type="checkbox"/> 806元大 <input type="checkbox"/> 807永豐 <input type="checkbox"/> 808玉山 <input type="checkbox"/> 809凱基 <input type="checkbox"/> 812台新 <input type="checkbox"/> 822中國信託</div> <div>銀行分支機構： 分行 帳號：</div>	
	郵局/其他金融機構	<div><input type="checkbox"/> 700存簿儲金(委託機構單位代號514) <input type="checkbox"/> 701劃撥儲金</div> <div>局號： 帳號： 帳號：</div> <div><input type="checkbox"/> 透過媒體交換(ACH)機制轉帳(用戶號碼等同保單號碼)</div> <div>金融機構代號： 名稱： 行(社、會) 分行(社、會) 帳 號：</div>	
	外幣保單	銀行	<div><input type="checkbox"/> 103新光 <input type="checkbox"/> 004臺灣 <input type="checkbox"/> 005土地 <input type="checkbox"/> 006合作金庫 <input type="checkbox"/> 007第一 <input type="checkbox"/> 008華南 <input type="checkbox"/> 009彰化 <input type="checkbox"/> 011上海 <input type="checkbox"/> 012台北富邦 <input type="checkbox"/> 013國泰世華 <input type="checkbox"/> 016高雄 <input type="checkbox"/> 017兆豐 <input type="checkbox"/> 050臺灣企銀 <input type="checkbox"/> 053臺中 <input type="checkbox"/> 054京城 <input type="checkbox"/> 102華泰 <input type="checkbox"/> 108陽信 <input type="checkbox"/> 118板信 <input type="checkbox"/> 147三信 <input type="checkbox"/> 803聯邦 <input type="checkbox"/> 806元大 <input type="checkbox"/> 807永豐 <input type="checkbox"/> 808玉山 <input type="checkbox"/> 809凱基 <input type="checkbox"/> 812台新 <input type="checkbox"/> 815日盛 <input type="checkbox"/> 822中國信託</div> <div>銀行分支機構： 分行 帳號：</div> <div>授權扣款之外幣活期帳戶須對應保單之幣別，兩者幣別須相同。</div>
授權人資料及印鑑欄	您的簽章表示同意電子化授權編號/授權繳費號碼(要保書條碼)為您授權保險契約之授權範圍，且同意授權人代為繳付保險費暨保單借款利息，並充分瞭解及同意本授權書約定條款。		原留帳戶印鑑(請逐聯簽章) /eDDA授權人簽章
	授權人戶名： 身分證號碼： 出生年月日： 國籍： 市內電話：() 行動電話： 法定代理人/監護人/輔助人簽名： 身分證號碼： 與授權人關係：		本人已審閱『蒐集、處理及利用個人資料告知事項』內容暨本版自動轉帳付款授權約定條款。
要保人/法定/監護人簽章	您的簽章表示同意電子化授權編號/授權繳費號碼(要保書條碼)為您授權保險契約之授權範圍，且同意授權人代為繳付保險費暨保單借款利息，並充分瞭解及同意本授權書約定條款。		轉帳金融機構核對印鑑
	要保人有二人(含)以上時請同時簽名；或要保人未成年者，其法定代理人/監護人亦請同時簽章，並填寫身分證字號或附上證明文件佐證。(此簽名樣式應與要保文件簽名相同)		主管 經辦
	要保人： 法定代理人/監護人/輔助人： 本人已審閱『蒐集、處理及利用個人資料告知事項』內容 身分證字號：		
	日期： 年 月 日		日期： 年 月 日

以下各欄位由新光人壽、保險代理人或經紀人之業務員填寫					建檔覆核經辦
本授權書各項填寫資料均經本人(送件人)確認無誤，並驗證授權人相關關係證明文件，如有虛偽捏造之情事，願負相關法律責任。					
單位/分行代號	單位/分行名稱	受理人(送件人)簽名	新壽：身分證字號/保經代：登錄證號		

※本授權書須經本公司受理人員認證後方予受理，受理人員則應確實認證，以確保公司與保戶雙方之權益。

發動行：新光銀行城內分行

交易代號：704人壽保費

新光人壽統編：03458902

G03A101

SKL-A1706035



機密等級：機密
本授權書共二聯 第二聯：紙本核印由主辦銀行轉開戶行留存、電子化授權由新光人壽留存

保險費暨保險單借款利息 自動轉帳付款授權約定條款

109年11月修訂版

壹、一般條款

1. 授權書人(以下簡稱授權人)在新光人壽保險股份有限公司(以下簡稱新光人壽)指定之銀行設有活期存款或活期儲蓄存款帳戶者，或於郵局設有存簿儲金或劃撥儲金帳戶者，均得授權銀行/郵局辦理自動轉帳交付要保人與新光人壽簽定保險契約之應繳保險費及保險單借款利息(以下簡稱保險費用)。
2. 本授權書內容填寫不全、錯誤或其他原因致無法由授權銀行/郵局辦理轉帳者，則授權書不生效力。
3. 授權人以保險契約所載之要、被保險人本人或要、被保險人之(外)祖父母/父母/配偶/子女或身故受益人(第一順位)為限;電子化授權人以要、被保險人為限。
4. 授權人若非要保人本人，對新光人壽依本授權書約定自授權帳戶轉帳扣取保險費用不得有異議。
5. 授權人欲變更原指定自動轉帳交付保險費用之帳戶時，應重新填具授權書/線上重新授權，且新授權書生效時，原授權書即自動失效。
6. 授權人授權銀行自動轉帳交付之保險費用，若因指定帳戶存款不足、與授權銀行契約關係消滅、指定帳戶之存款遭法院強制執行或其他任何原因致授權銀行未能付款新光人壽時，授權銀行/郵局得不辦理自動轉帳，並應將事實通知新光人壽。
7. 有下列各款情形之一者，除本授權書另有約定外，本授權書之效力自該情形發生日起自動終止：
 - (1) 授權人結清指定帳戶時。
 - (2) 要保人繳付保險費用之義務消滅時。
 - (3) 要保人辦理繳費管道變更。
 - (4) 轉帳銀行或郵局不同意授權人依指定之方式繳交保險費用。
8. 授權人向授權銀行/郵局申請數項自動扣款服務以致同一天內須在同一存款帳戶執行數筆扣款交易時，授權銀行/郵局有權自行決定各筆扣款之先後順序，授權人不得有異議。
9. 授權人對新光人壽保險費之費率計算、退補保費或繳費憑證等事項若有疑義，應自行與新光人壽洽詢，與授權銀行/郵局無涉。
10. ●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，對於本授權書各欄位所提供之識別類（包括但不限於姓名、身分證、金融機構帳號等）、特徵類（包括但不限於出生年月日、國籍等）及家庭情形類（包括但不限於家庭情形或家庭其他成員之細節等）等類別資料，有為蒐集、處理、利用之權利。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、壽險公會及因以上目的作業需要之第三方(包括台灣票據交換所及其授權銀行等)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。個人資料保護重要權益請參閱本公司企業網站（<http://www.skl.com.tw>）資訊公開訊息或洽本公司客戶服務專線（0800-031115）。
11. 授權人指定之存款帳戶，不因存款帳戶印鑑遺失或變更而致使本授權書失其效力。
12. 以『轉帳』繳付保險費者，授權人同意原始存款『金融機構』完成建檔及核印後始得逕行扣繳保險費暨保單借款利息，若『金融機構』撥款予本公司受領後，始通知授權有瑕疵者，本授權書之授權自始不生效力，授權人須另行簽訂授權書。就本公司已受領之款項，自領受之日起二個月內無異議者，本公司得逕予入帳以繳交『指定保單』之保險費暨保險單借款利息；如因此而有疑義時，本公司將無息退還保險費暨保險單借款利息至原扣繳帳戶，概與原始存款銀行無涉。
13. 授權書內容屬新光人壽保險股份有限公司與授權人間權利義務之規定事項與郵局無關者，與郵局無涉。
14. 新光人壽得隨時拒絕授權人以本自動轉帳付款方式繳款；若新光人壽表示拒絕時，本授權書效力即行終止，授權人或要保人應另循其他方式繳款予新光人壽。
15. 授權人或要保人如有冒用他人帳戶轉帳之行為，須自負法律上的責任。
16. 本授權書之撤銷應由授權人或要保人以書面通知終止授權，並應於保險費應繳日前五個營業日以書面通知寄達新光人壽始生終止之效力；逾期通知者，則自次期始生終止之效力，除要保人另有書面約定外，要保人並同意應自行繳納屆期未繳之保險費。

貳、首期保費條款

1. 以本付款授權書繳交新契約首期保險費者，應連同新契約要保書一併交付予新光人壽(網路投保保單除外)，新契約經本公司同意承保，並確定自指定銀行/郵局受領首期保險費時，溯及新光人壽受理本授權書時生效。若首期保險費未能經指定銀行/郵局轉帳成功者，保險契約自始無效。
2. 授權繳交首期保險費者，授權人若無反對之意思表示，該新契約之續期保險費、彈性保險費及保險單借款利息依照下列續期條款辦理。
3. 授權人或要保人於簽署轉帳付款授權書送件後，欲變更授權書內容者，應另立付款授權書/線上重新授權，並於保險契約完成承保程序前而送達新光人壽始生效力。
4. 保險契約有因辦理契約撤銷、終止、解除、誤扣、溢繳、不同意承保或承保內容變更致生退還保險費之情事者，要保人及授權人同意新光人壽得將退還之保險費無息退還給本授權書所約定之帳戶。
5. 首期保費無保費折扣且僅限定要保當時所開放之轉帳付款銀行/郵局，如有新增將於網站公告。

參、續期條款

1. 為確保您的權益，本授權書若有需經授權銀行核印成功方可扣款者，實際扣款日將延至銀行核印成功日後併入最近一期扣款日進行扣款。要保人同意自轉帳生效日起，由授權人指定之銀行/郵局帳戶轉帳代繳每期應繳保險費用，支付給新光人壽，且若有前期保費未繳納者將一併轉帳請款，要保人或授權人不得有異議。
2. 授權人或要保人欲終止授權關係時或欲變更保單繳別、年期、保額或其它異動保險費用等之變更，應於保單所載保險費用應繳日前五個營業日由要保人依新光人壽契約內容變更作業規範辦理變更。辦理終止授權變更者(繳費管道變更)爾後欲繼續授權銀行/郵局辦理自動轉帳者，則應重新填具授權書申請。
3. 授權機構為銀行者每月以10日、20日、月底等3日為轉帳扣款基準日，要保人保險費應繳日凡於1-10日應繳者，則以10日為轉帳扣款日；於11-20日應繳者，則以20日為轉帳扣款日；21日-月底應繳者，則以月底為轉帳扣款日，保險單借款利息不分應繳日一律10日扣款。但授權機構如為郵局者，其轉帳扣款日比照前述授權銀行之轉帳扣款日再延一天，扣款基準日如遇例假日，則順延一日扣款。
4. 轉帳扣款日若轉帳不成功者，新光人壽得再執行扣款或逕予催繳，經新光人壽以掛號寄催繳函通知要保人至要保書中之住所(收費地址)或要保人最後通知變更之地址，經通常之郵遞時間即視為合法送達(利率變動型年金商品、萬能型商品及投資型商品不寄催繳函)，要保人非授權人時要保人應負責通知授權人無法轉帳扣款之事實，要保人應於寬限期屆滿前主動向新光人壽服務單位繳交該次保險費用，若逾期未繳致保險契約停效者，概由要保人自行負責。得以彈性繳納之保險費用，當期轉帳扣款失敗次期保費仍繼續轉帳扣款，但若保單條款另有規定者依條款作業。
5. 依本公司受理規定適用轉帳優惠管道之保險商品，每張保單第二期起每期應繳主契約、附加特約表定保險費均得享有轉帳1%之保費折扣。
6. 保單若經辦理終止、解約或其他原因失效後，如仍於授權人帳戶中成功扣取保險費用，保單並不因此而繼續有效，新光人壽應將該扣款金額無息退還給本授權書所約定之帳戶。

肆、外幣保單條款

1. 約定自動轉帳之外幣扣款幣別需與該商品計價幣別或要保書上約定之幣別相同。
2. 台幣保單與外幣保單不得共用同一授權書或自同一帳戶扣款，且台幣帳戶不得存撥外幣。
3. 本公司保留變動指定之外匯存款戶及指定銀行之權利。

※透過台灣票據交換所媒體交換自動轉帳作業（ACH）銀行金融機構及其他有關農漁會及信合社等單位請向本公司服務人員洽詢或詳見本公司企業網站：<http://www.skl.com.tw>