

## 新契約要保書內容變更補正申請書【承保前】通路簡易版

AF4

新契約編號：

要保人：\_\_\_\_\_ 被保險人：\_\_\_\_\_

※本申請書僅填寫變更/補正之契約內容，並請要保人、被保險人於簽名欄簽名。

※投資型/利變年金商品僅提供一~十三項目變更，其餘要保內容變更，請重填要保書。

### 一、要保人、被保險人資料及保單類型變更

<input type="checkbox"/> 被保險人戶籍地址變更： <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	被保險人電話號碼變更： <input type="checkbox"/> 住家電話 <input type="checkbox"/> 公司電話 <input type="checkbox"/> 行動電話 住家電話：(    )                      公司電話：(    )                      行動電話：
<input type="checkbox"/> 要保人戶籍地址變更： <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	要保人電話號碼變更： <input type="checkbox"/> 住家電話 <input type="checkbox"/> 公司電話 <input type="checkbox"/> 行動電話 住家電話：(    )                      公司電話：(    )                      行動電話：
<input type="checkbox"/> 要保人住所(通訊地址)變更： <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	要保人保單價值準備金/保單帳戶價值通知/匯款帳戶變更： <input type="checkbox"/> 書面郵寄地址：同要保人住所 <input type="checkbox"/> 電子郵件信箱：_____@_____ <input type="checkbox"/> 匯款帳戶：銀行：_____分行：_____帳號：_____
申請電子單據服務：(擇一勾選) <input type="checkbox"/> 簡訊(請填寫要保人行動電話) <input type="checkbox"/> 電子郵件信箱：_____@_____	
要保人變更： <input type="checkbox"/> 服務單位： <input type="checkbox"/> 職位： <input type="checkbox"/> 工作內容： <input type="checkbox"/> 副業或兼業：	
保單類型變更： <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)	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險(請勾選)? 被保險人是否已投保其他商業實支實付型醫療保險(請勾選)? 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。 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。 被保險人是否參加全民健康保險(請勾選)?

### 二、主契約(一)變更

保障調整年齡：保險年齡 <input type="checkbox"/> 55 歲 <input type="checkbox"/> 65 歲(限投保「醫保雙享終身健康保險(標準定義)」者，擇一勾選)						本人職業第_____類	
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	繳費年期	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 至 歲	保險金額	<input type="checkbox"/> 元整 <input type="checkbox"/> 萬元整			
附加契約	新要保人豁免保險費(新定義)	94	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保	鑫安豁免保險費	95	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保	
	美元要保人豁免保險費	96	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保	澳幣要保人豁免保險費	97	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保	
	豪美美元要保人豁免保險費附約	98	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保				

### 三、主契約(二)變更

保障調整年齡：保險年齡 <input type="checkbox"/> 55 歲 <input type="checkbox"/> 65 歲(限投保「醫保雙享終身健康保險(標準定義)」者，擇一勾選)						本人職業第_____類	
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	繳費年期	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 至 歲	保險金額	<input type="checkbox"/> 元整 <input type="checkbox"/> 萬元整			
附加契約	新要保人豁免保險費(新定義)	94	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保	鑫安豁免保險費	95	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保	
	美元要保人豁免保險費	96	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保	澳幣要保人豁免保險費	97	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保	
	豪美美元要保人豁免保險費附約	98	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保				

AF4B111



#### 四、主契約(三)變更

保障調整年齡：保險年齡 <input type="checkbox"/> 55 歲 <input type="checkbox"/> 65 歲(限投保「醫保雙享終身健康保險(標準定義)」者，擇一勾選)							
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		<input type="checkbox"/> 取消	繳費年期	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 至 歲	保險金額	<input type="checkbox"/> 元整 <input type="checkbox"/> 萬元整	
附加契約	新要保人豁免保險費(新定義)	94	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保	鑫安豁免保險費		95	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保
	美元要保人豁免保險費	96	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保	澳幣要保人豁免保險費		97	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保
	豪美元要保人豁免保險費附約	98	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保				<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 投保

#### 五、繳費及保單紅利領取方式變更

繳法別	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 躉繳	計價幣別	<input type="checkbox"/> 美元 <input type="checkbox"/> 澳幣 <input type="checkbox"/> 其他_____
首期收費管道	<input type="checkbox"/> 銀行或郵局帳戶轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 匯款	續期收費管道	<input type="checkbox"/> 銀行或郵局帳戶轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 自行繳費
續期保費之墊繳	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意	保單紅利領取方式	<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
第一期保險費：	定期目標保險費每期：	元	定期超額保險費每期：
續期保險費：	申請超額保險費：	元	申請定期超額保險費：
		元	元

#### 六、增加回饋金給付方式變更

※保單年度未滿六年：☐P.購買增額繳清保險 ☐D.抵繳應繳保險費

※第七保單年度(含)起：☐C.現金給付(請填寫第一頁「要保人匯款帳戶」)☐P.購買增額繳清保險☐D.抵繳應繳保險費 ☐A.儲存生息  
☐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 55 歲(含)以上時，以每月為給付週期辦理。

#### 七、要保事項變更※限給付被保險人

年金給付開始日：保險年齡達_____歲之保單週年日	年金給付方式： <input type="checkbox"/> 一次給付 <input type="checkbox"/> 分期給付，保證期間為： <input type="checkbox"/> 10 年 <input type="checkbox"/> 15 年 <input type="checkbox"/> 20 年
匯入帳號：_____銀行(郵局)_____分行(支局)金融機構代號：_____	帳號：_____

#### 八、法定代理人、監護人資料變更

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_____	與要保人或被保險人關係：	聯絡電話：

#### 九、投資收益分配或委託投資資產撥回(提減)變更 ※改現金給付者，請填寫第一頁「要保人匯款帳戶」

※請填寫變更方式：
-----------

#### 十、其他變更

※其他變更：
--------

十一、受益人變更

保險金種類	受益人資料						給付順位	比率(%)	
身故保險金	(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(通訊地址) <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□						
		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(通訊地址) <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□						
		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(通訊地址) <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□						
		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(通訊地址) <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□						
		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					

【受益人欄位，接續上頁。】

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(通訊地址) <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□						
		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(通訊地址) <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□						
		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(通訊地址) <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□						
		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(通訊地址) <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□						
		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								
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(通訊地址) <input type="checkbox"/> 同被保險人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□						
		匯款帳戶	銀行：_____分行：_____帳號：_____						

**十二、被保險人告知事項變更(勾選項目僅係更正原要保書錯誤或疏漏之處，並未因此增減要保人或保險人之權利義務，若對保單權利義務之行使有所疑義仍應依循保單條款及法令規範辦理)**

被保險人	身高： 公分	服務單位名稱：	職位：
	體重： 公斤	工作內容：	副業或兼職：

下列告知事項，是否有為「是」者..... ☐是 ☐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生產？

9.過去兩年內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥後仍因同一傷病而被要求做以下的檢驗或檢查？(亦可提供病歷或檢查報告)

(1)六個月內有二次或二次以上的X光或超音波或血液檢查。

(2)細胞學或內視鏡或核磁共振或電腦斷層檢查或正子攝影檢查。

(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、腎病變候群、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)。

投保豁免保險費附約者請填寫：(要保人與被保險人相同時，免填寫)

(1)要保人有無上列 1~9 項之情事？

(2)身高：\_\_\_\_\_公分，體重：\_\_\_\_\_公斤

☐是 ☐否

※選「是」者，請填「詳細填告知欄」※

詳細填告知欄(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)：

**十三、要保人及被保險人說明事項**

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<p>1.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」及「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」。</p> <p>2.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」。</p> <p>3.本人於填寫要保書時已充分瞭解「變額萬能壽險投保人須知」、「重要事項告知書」、「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」。</p> <p>4.銷售人員已出示合格銷售資格證件，並提供「要保書填寫說明」、「保險單條款樣本」、「保險商品說明書」供本人參閱。</p>
--	--

※本人已明瞭並聲明若變更契約內容為加大保額或新增保險商品時，由要保書申請日起至補入金日止，未發生保險事故且身體狀況無任何變化，無申請理賠需要。

※本人已明瞭本申請書之變更事項經勾選、填寫後即視為同意變更，若對契約約定事項有所疑義時，本人同意以本申請書所載事項為準，特此聲明。

要保人簽名	被保險人簽名	法定代理人、監護人簽名		
要(被)保險人不識字者見證欄				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">1、見證人：</div> <div style="width: 45%;">2、見證人：</div> </div>				
申請日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
<p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※應由本人依要保書簽名方式親自簽名。</p>				
序號	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	保經代簽署人/主管：
①				
②				