

POS (一般變更 Fax:02-3765-3923)

通訊處： _____ 處

文件編號： P-00000001

保單號碼：	壽險顧問親見 保戶親簽 簽名：	通訊處
要/被保人簽名：	收件日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日	管理職
法定代理人簽名： 身分證號碼：_____ 關係：_____	壽險顧問非親 見保戶親簽 簽名：	
出生日期：_____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"/> 其他：_____	要保人手機號碼/電話：	
<p><small>要保人或被保險人滿7足歲後須親自簽名，若要保人或被保險人係未成年人或受監護宣告或輔助宣告之人，應分別有法定代理人或監護人或輔助人之簽名。本欄簽名請與要保書一致。</small></p>		

本人已詳閱下列各項說明並同意各項作業規範：

本申請文件於每日下午 2:30 前送達本公司通訊處或客服中心者，始得受理為當日作業，逾時則為次日作業，作業日以收訖章日期為準。您可經由郵寄、壽險顧問代轉交、親臨客服中心或透過本公司快速服務約定以傳真方式辦理。若您選擇郵寄或由壽險顧問代轉交，提醒您文件遞送將有時間差的狀況，本公司作業日仍以文件實際到達通訊處或客服中心之收訖章所載日期為準。

首次保證提領申請欄

<input type="checkbox"/> 保證提領開始日	_____年_____月_____日	注意事項： 1.不得早於投資起始日且不晚於年金給付開始日前一日。 2.本公司僅接受收件日後 30 日內之日期指定。 3.保證提領額度僅增值至保證提領開始日前一日止。
<input type="checkbox"/> 保證提領給付方式	<p>首年 首年必須為彈性提領</p> <p><input type="checkbox"/> 一併提領保證提領 (全額)</p> <p><input type="checkbox"/> 一併提領保證提領金額 _____ 美元</p> <p>續年</p> <p><input type="checkbox"/> 固定提領-年領 (全額)</p> <p><input type="checkbox"/> 固定提領-年領 (指定金額： _____ 美元)</p> <p><input type="checkbox"/> 固定提領-季領 (全額)</p> <p><input type="checkbox"/> 固定提領-季領 (指定金額： _____ 美元)</p> <p><input type="checkbox"/> 彈性提領</p> <p>以上僅能選擇其一</p>	注意事項： 1.固定提領生效日自下一保單週年日開始生效。 2.若年度保證提領額度小於 2,000 美元，不得選擇固定提領-季領。 3.保證提領金額約定不得小於 500 美元。 4.彈性提領生效日自保證提領開始日起生效。 5.續年選擇固定提領-季領(全額)者，第四季提領金額為全年保證提領額度扣除當年度已發放之保證提領金額。 6.選擇彈性提領者，每次提領時皆須提出申請並且附上要保人身分證正反面影本，若該年度之保證提領額度未全數提領完，不得遞延至下一保單週年。 7.首年保證提領金額，需主動提出申請並且附上要保人身分證正反面影本，若要同時提領請勾選並填寫保證提領金額。
<input type="checkbox"/> 保證提領銀行帳號指定	帳戶資料 戶 名： _____ 銀行 _____ 分行 帳號： _____	注意事項： 匯款對象限要保人本人，請提供要保人美元帳戶。

續次及其他變更欄

<input type="checkbox"/> 續次保證提領申請欄	提領金額： _____ 美元 注意事項： 1.請檢附要保人身分證正反面影本。 2.若該年度之保證提領額度未全數提領完，不得遞延至下一保單週年。 3.超過全年剩餘保證提領額度，會以部分提領作業，注意事項請參閱部分提領。
<input type="checkbox"/> 部分提領 請勾選保單置換/終止契約 確認問項	提領金額： _____ 美元 注意事項： 1.每次提領金額不得低於500美元且提領後之保單帳戶價值不得低於2,000美元。 2.為維護您的權益，若已行使保證提領之保單，本次提領金額會先扣除全年剩餘保證提領額度，超過金額才會以部分提領作業。 3.行使部分提領會影響您未來保證提領之額度。 4.部分提領金額依條款約定可能會扣除部分提領費用。 5.每年首次申請部分提領時，在保險費 5%範圍內，得有一次免提領費用權利。

<input type="checkbox"/> 保證提領給付方式變更	固定 <input type="checkbox"/> 固定提領-年領 (全額) <input type="checkbox"/> 固定提領-年領 (指定金額： _____ 美元) <input type="checkbox"/> 固定提領-季領 (全額) <input type="checkbox"/> 固定提領-季領 (指定金額： _____ 美元) ----- <input type="checkbox"/> 一併提領保證提領金額 _____ 美元 彈性 <input type="checkbox"/> 彈性提領 ----- <input type="checkbox"/> 一併提領保證提領金額 _____ 美元	注意事項： 1. 固定提領生效日自下一保單週年日開始生效。 2. 若年度保證提領額度小於 2,000 美元，不得選擇固定提領-季領。 3. 保證領金額約定不得小於 500 美元。 4. 彈性提領生效日自台新壽總公司收件起生效。 5. 選擇固定提領-季領(全額)者，第四季提領金額為全年保證提領額度扣除當年度已發放之保證提領金額。 6. 選擇彈性提領者，每次提領時皆須提出申請並附上要保人身分證正反面影本，若該年度之保證提領額度未全數提領完，不得遞延至下一保單週年。 7. 若彈性提領變更為固定提領，當年剩餘保證提領金額，需主動提出申請並附上要保人身分證正反面影本，若要同時提領請勾選並填寫保證提領金額。								
<input type="checkbox"/> 保證提領銀行帳號變更	帳戶資料 戶 名：_____ 注意事項： 匯款對象限要保人本人，請提供要保人美元帳戶。 _____ 銀行 _____ 分行 帳號：_____									
<input type="checkbox"/> 年金給付開始日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 注意事項： 不得大於被保險人保險年齡 110 歲之保單週年且需屆滿第七保單週年日。									
<input type="checkbox"/> 要/被保險人通訊地址及電話變更	<input type="checkbox"/> (必勾選項)同一要/被保險人在本公司所有保單之住所 (通訊) 地址/電話/手機/E-mail 同意皆一併變更。 縣 _____ 鄉區 _____ 路 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____ 室 市 _____ 鎮市 _____ 電話：_____ 手機：_____ E-mail: _____ 注意事項： 1. 變更地址不得為保險公司、通訊處或壽險顧問住所之地址，如指定前述地址，請於說明欄填寫指定原因。 2. 若填寫國外電話，請註明國家，若有符合外國指標之情形，請一併填寫 FATCA/CRS 自我證明表暨同意書。									
<input type="checkbox"/> 姓名及簽名樣式變更	要/被保人變更後姓名：_____ 新簽章樣式：_____ 注意事項： 1. 變更姓名請提供身分證正反面影本。 2. 本國籍姓名須與戶籍登記一致/外籍人士姓名須與居留證一致。									
<input type="checkbox"/> 身故受益人變更	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:80%;">受益人姓名/身分證號碼或統一證號/出生日期/國籍/聯絡地址/聯絡電話/指定原因</th> <th style="width:20%;">與被保險人關係</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>※受益人有一人以上時，保險金給付方式為：<input type="checkbox"/>均分 <input type="checkbox"/>填寫順位(請註明順位之序號) <input type="checkbox"/>比例(請註明比例)。(請擇一勾選)</p> <p>※受益人需全數重新指定。 ※若身故受益人非為被保險人配偶、直系親屬或指定為法定繼承人時，請於說明欄說明原因。 ※身故受益人如係身份別之指定，要保人不同意填寫或未指定受益人之聯絡地址及電話者，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後通知依據。</p>		受益人姓名/身分證號碼或統一證號/出生日期/國籍/聯絡地址/聯絡電話/指定原因	與被保險人關係						
受益人姓名/身分證號碼或統一證號/出生日期/國籍/聯絡地址/聯絡電話/指定原因	與被保險人關係									
<input type="checkbox"/> 申請補發保險單	已同時繳納工本費 100 元，本人聲明原保險單同時作廢。※紙本保單補發完成後，一律以掛號郵寄提供。									
<input type="checkbox"/> 終止契約 請勾選保單置換/終止契約確認問項	終止契約之解約金須扣除解約費用、所有相關管理費用及保險單借款本息後給付(提前或部分解約將可能蒙受損失)。 要保人基於 <input type="checkbox"/> 1.經濟因素 <input type="checkbox"/> 2.商品因素 <input type="checkbox"/> 3.轉投保新契約 <input type="checkbox"/> 4.其他_____考量，申請終止本契約。									
<input type="checkbox"/> 保單置換/終止契約 確認	<p>1. 同一被保險人是否於申請提取投資型商品保險費或定期/目標保險費帳戶價值、終止契約時，前六個月內在本公司有另購壽險、年金險或長期醫療險之主/附約？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>2. <input type="checkbox"/>要保人聲明確認已詳閱並充分瞭解下列重要事項 ※終止保險契約與客戶權益相關之重要事項(為維護您的權益，提醒您務必於終止保險契約前確認已詳閱並充分瞭解下列重要事項)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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： <ol style="list-style-type: none"> (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。 ● 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。 <p>3. <input type="checkbox"/>本人基於下列原因仍願意就現有保單進行變更。原因如下：</p>									
說明欄 /其他變更事項										
匯款資料： 轉入要保人美元帳戶 (若未指定，本公司將匯入您保證提領銀行帳號) 帳戶資料 銀行：_____ 分行：_____ 帳號：_____ 中/英文帳戶戶名：_____ 上述帳戶(含外匯存款帳戶)確為要保人所有，嗣後若有因資料錯誤而造成誤匯/滙時，概由要保人自行負責。										
保險單批註欄 (總公司作業專用欄)										

壽險業履行個人資料保護法告知義務說明書

台新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) 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) 識別類:例如身分證統一編號、姓名、電話、地址、金融機構帳戶或信用卡資料
- (二) 特徵類:例如性別、出生年月日、國籍、身高、體重
- (三) 病歷、醫療、健康檢查
- (四) 其他:詳如相關業務申請書或契約書內容

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、本公司所屬金融控股公司及所屬金融控股公司其他子公司與分支機構、業務委外機構、與本公司合作推廣保險契約之保險代理人公司或保險經紀人公司(透過保險代理人或保險經紀人公司投保者)、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、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。
- (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、遲延或無法提供 台端相關服務或相關給付。

註:本公司履行上開告知義務,不限取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力;本公司採取下列方式之一保全履行告知義務之證明:

- 一、當事人表明已受告知之書面文件或註明當事人已收受告知書之保單、契約變更或理賠等簽收回條。
- 二、將告知書內容與要保書或保險契約相關申請文件合併列印。