

變更定期超額保險費 VUL2 專用	依繳別變更每次為新台幣 _____元(首次約定時，請一併選擇購買之投資標的及配置比例) (每月不低於 200 元，變更後約定金額不可高於目標保險費)	
變更定期額外保險費 VUL 專用	依繳別變更每次為新台幣 _____元 (每月不低於 300 元，變更後約定金額不可高於目標保險費)	
<input type="checkbox"/> 增加基本保額 VUL2 專用	保額增為_____萬元 (申請增加基本保額最低 50 萬，累計最高不得超過基本保額。) 請檢附可保性證明並同時收費	生效日 週年日
<input type="checkbox"/> 主契約減額 <small>請勾選保單置換/終止契約/續保事項</small>	保額減為_____萬元 (若未重新約定定期額外/超額保險費，將直接依比例調整之) ※注意事項：VUL2 於不停效保證期間內，保單帳戶價值按基本保額減少幅度，等比例減少之。	

僅 VUL2 適用
 附約保障內容變更：僅須填寫欲變更項目及變更後內容。(申請加保/提高附約請一併檢附告知事項)
 註：1、倘下述欄位不敷填寫時，請填寫於說明欄
 (若您辦理加保眷屬附約時，務必請眷屬附約之被保險人詳閱本申請書背面之壽險業履行個人資料保護法告知義務說明書。)

附約險種名稱	被保險人	附約險種代碼	保險金額	生效日
一年定期壽險附約	本人		萬	要保人填寫日期後次一週月日
失能照護久久附約	本人		萬	週年日
重大疾病終身附約(乙型)	本人		萬	週年日
新癌症終身附約	本人		單位	週年日
傷害保險附約	本人	<input type="checkbox"/> ADDBRN(被保險人 16 歲以上) <input type="checkbox"/> ADDCRN(被保險人 15 歲以下) 職業等級: 第 _____ 級	萬	要保人填寫日期後次一週月日
傷害醫療保險附約 被保險人 15 歲以下，請檢附「投保資料確認同意書」	本人	職業等級: 第 _____ 級	單位	要保人填寫日期後次一週月日
住院醫療保險附約	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	_____ 型	計劃	要保人填寫日期後次一週月日
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	_____ 型	計劃	要保人填寫日期後次一週月日
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	_____ 型	計劃	要保人填寫日期後次一週月日
眷屬基本資料:姓名: _____ 身分證字號: _____ 出生日期: _____ 國籍: _____				
重大傷病附約 請確認【重要事項告知書】	本人		萬	要保人填寫日期後次一週月日

【重要事項告知書】 (投保連結全民健康保險重大傷病項目給付商品者填寫)

※被保險人經醫師首次診斷為重大傷病，並備齊本契約條款所約定申領「重大傷病保險金」之文件，才符合重大傷病保險金申領資格。
 ※被保險人於投保前曾經取得或投保時正在申請全民健康保險保險人核定重大傷病證明者，或投保前曾經符合屬由診治醫師逕行認定，免向全民健康保險保險人申請重大傷病證明，而得免除全民健保部分負擔之資格者，或於投保前曾經「區域醫院」層級以上(含)之醫師診斷符合投保當時「全民健康保險重大傷病項目及其證明有效期限」所載之項目，本公司不負給付「重大傷病保險金」的責任。
 ※本保險全民健康保險重大傷病項目，係指中央衛生主管機關公告實施之「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」附表「全民健康保險重大傷病項目及其證明有效期限」中所載之項目，但不包含以下項目：
 (1)遺傳性凝血因子缺乏。
 (2)先天性新陳代謝異常疾病。
 (3)心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常。
 (4)先天性免疫不全症。
 (5)職業病。
 (6)先天性肌肉萎縮症。
 (7)外皮之先天畸形。
 (8)早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。
 其後全民健康保險重大傷病項目所載之項目如有變動，則以中央衛生主管機關最新公告之項目為準。

確 認 欄	<input type="checkbox"/> 本人已確實審閱及瞭解其內容。 (請您務必在閱讀上述告知事項後，於本項前□內打"✓") ◎當您已確實且充分瞭解以上說明並願意投保時，請親自書寫「同意投保」字樣於下方空白處。	簽 名 欄	要 保 人 簽 名 : _____
	法 定 代 理 人 簽 名 : _____		

附約終止 請勾選保單置換/ 終止契約確認問項	被保險人	附約險種名稱/代碼	保險金額	生效日
<input type="checkbox"/> 終止契約 (須管理職簽章) 請勾選保單置換/ 終止契約確認問項	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			收件日期
保單置換/ 終止契約確認	<p>終止契約之解約金須扣除欠繳保險成本、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)。</p> <p>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。</p> <p>※本契約申請終止，是否一併終止附加的附約?(未勾示選項時，則附約將持續保障至應繳保費日)</p> <p><input type="checkbox"/>是，如尚有未到期保費請返還 <input type="checkbox"/>否，附約將保障至應繳保費日(故無退還附約保費)</p> <p><input type="checkbox"/>否，長年期健康險附約，已繳費期滿，故保留至保障終止</p> <p>1.同一被保險人是否於申請主/附約減額、終止契約或提取投資型商品保險費或定期/目標保險費帳戶價值時，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.□要保人聲明確認已詳閱並充分瞭解下列重要事項</p> <p>※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務請已詳閱並充分了解下列重要事項)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>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。</u> ● <u>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。</u> ● <u>保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。</u> ● <u>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。</u> ● <u>保險契約終止後再投保新保單時，須承擔下列風險：</u> <ol style="list-style-type: none"> (1) <u>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。</u> (2) <u>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。</u> (3) <u>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。</u> (4) <u>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。</u> (5) <u>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。</u> ● <u>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。</u> <p>3.□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> <p>_____</p>			
說明欄：				
<p>退費方式： <input type="checkbox"/>轉入要保人帳戶 <input type="checkbox"/>開具即期支票(禁止背書轉讓且劃線)</p> <p>帳戶資料 戶 名：_____ 郵局/銀行：_____ 支局/分行：_____</p> <p>身分證字號：_____ 局號/帳號：_____</p> <p>(退費方式若未勾選，將轉入要保人扣款帳戶。若因帳戶資料有誤或其他原因致未能轉帳時，本公司將以支票支付。) 上述帳戶確為要保人所有，嗣後若有因資料錯誤而造成誤匯/退匯時，概由要保人自行負責。</p>				
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。