



※填寫前請先閱讀次頁相關說明。變更項目請打「✓」或填寫。若申請項目不適用於該保單時，雖勾選或填寫仍不生效力。

保單號碼		要保人		填寫日期	年 月 日
------	--	-----	--	------	-------

本申請書經 貴公司同意後，視同已批註於保險單上並構成原契約之一部份。契約內容變更如下：

保險型別 / 型態： <input type="checkbox"/> A 型 <input type="checkbox"/> B 型 <input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 註：若危險保額增加，請加填健康告知書	
復效： <input type="checkbox"/> 全額繳納(含借款與墊繳本息) <input type="checkbox"/> 最低應繳金額 註：請加填健康告知書	<input type="checkbox"/> XDF 健康促進條件申請(請檢附體檢報告)
主約保額增加： <input type="checkbox"/> 五週年 25%(全美、適用 LWK 增額批註) <input type="checkbox"/> 結婚生子 25%(全美)	
主約保額增加： <input type="checkbox"/> 增加 20%，50 萬上限(國衛) <input type="checkbox"/> 主約保額增加為_____元 / 單位 / 計劃	
申請 ( <input type="checkbox"/> 主約 <input type="checkbox"/> 附約) 依條款辦理 ( <input type="checkbox"/> 定期險續保 <input type="checkbox"/> 契約轉換)，一年期附約處理方式： <input type="checkbox"/> 終止(預設選項) <input type="checkbox"/> 繼續附加	
<input type="checkbox"/> 更換要保人：(請詳次頁說明後完整填寫本欄，外幣保單請加填匯款帳戶；若原要保人有附加豁免附約或收入保障附約或有申請電子保單時，將一併取消。※更換要保人即屬財產權益的移轉，參照遺產及贈與稅法規定，可能涉及遺產稅或贈與稅之課徵，提醒您應向各地國稅局確認稅務申報細節)	
姓名：_____，生日：_____年_____月_____日，身分證字號 / 統一編(證)號：_____	
性別：_____，國籍：_____，與被保險人關係：_____，更換要保人原因：_____	
職業(本職/兼職工作內容)：_____，工作年收入：_____萬，家庭年收入：_____萬	
住所地址：□□□□□□_____ 電話：_____	
E-Mail：_____ 行動電話：_____	
※住所地址、E-Mail 及行動電話係本公司收取保險費及依約發送各項通知的依據，填寫時務必正確完整，日後若有異動，應立即書面通知本公司。	
電子化通知服務：(請擇一，如未勾選，則視為不申請該項服務) <input type="checkbox"/> 申請(各項單據或通知以 E-Mail 或簡訊寄送，請加填相關欄位) <input type="checkbox"/> 不申請	
繳費方式：(請擇一，如已另行檢附保險費付款授權書或保單已無需繳費者，則本欄無需勾選) <input type="checkbox"/> 自行繳納(將一併取消集體彙繳優惠 / 職團優惠)	
<input type="checkbox"/> 維持原繳費方式，且授權人即為新(舊)要保人，同意繼續由原金融機構轉帳或原信用卡扣款	

變更受益人：身故 生存 / 還本 滿期 祝壽 \_\_\_\_\_ 註：請詳填受益人資料。另除身故受益人外，請檢附新受益人之 FATCA 及 CRS 身分聲明書及相關文件。若受益人指定一人以上時，請填寫順位或比例，如未填寫則視同均分辦理。

受 益 人 姓 名	身 分 證 字 號 / 統 一 編 ( 證 ) 號	出 生 日 期	國 籍	與 被 保 險 人 關 係	順 位 / 比 例	聯 絡 方 式

指定保險金設定：分期定額給付開始日為受益人備齊本契約給付申領文件之日起第\_\_\_\_\_日(最晚不得超過 15 日)

受 益 人 姓 名	受 領 保 險 金 比 例	給 付 週 期	每 期 定 額 保 險 金	受 益 人 姓 名	受 領 保 險 金 比 例	給 付 週 期	每 期 定 額 保 險 金
	%	□年 □月	元		%	□年 □月	元

新增附約或異動附約保障：(請填姓名、險種代碼(年期)、變更後保額 / 單位 / 計劃，並勾選異動種類；減少後的保障不得低於最低承保金額；新增附約且被保險人住所地址為：同要保人 另檢附個人資料異動申請書 居住於：\_\_\_\_\_)

異 動 種 類	姓 名	險 種 代 碼 ( 年 期 )	變 更 後 保 障	異 動 種 類	姓 名	險 種 代 碼 ( 年 期 )	變 更 後 保 障
<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 提高 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 減少				<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 提高 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 減少			
<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 提高 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 減少				<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 提高 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 減少			

指定要保人匯款帳戶：(適用範圍請詳次頁說明) \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 分行 帳 \_\_\_\_\_ 郵局 \_\_\_\_\_ 支局、號 \_\_\_\_\_

其他：\_\_\_\_\_

本人已詳細閱讀並確實瞭解全球人壽保險股份有限公司揭露之「要保人委託壽險業者辦理結匯暨額度查詢授權書」、「保險單借款重要事項告知書(含借款再買保險權益說明)」、「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」(詳次頁)等內容，並於下方簽章欄中親自簽章確認。下方簽章欄應由當事人本人依本契約最後登載之簽章樣式親自簽章，如有虛偽不符，簽章人應負法律上責任。提醒您！請審慎考量申辦內容，辦理後即無法恢復。投資型商品之投資損益及外幣匯率變動風險須自行承擔，因帳戶價值持續下跌可能損失歷年所繳保險費。

要保人簽章：	主被保險人簽章：	新要保人簽章：	附約被保險人簽章：	法定代理人簽章：
				<small>(未滿 18 足歲需法定代理人簽名)</small>

※為保障您的權益，對於您申請之事項，承辦單位得視狀況與您電訪確認或派員親訪。請提供本次申辦聯絡資訊：\_\_\_\_\_ 及方便電訪時段：  
08:45~11:30 11:30~15:30 15:30~19:30 (若上方資訊非您最後留存於本公司之電話，請務必另行提出變更申請，以免影響您保單資訊的接收)

承 辦 單 位	保 經、代 公 司 簽 章	單 位 助 理	區 域 主 任	保 險 業 務 員 / 經 紀 人 / 代 理 人	送 件 單 位 代 號 / 中 文 名 稱
				本人已親視要保人 / 被保險人 / 法定代理人親自簽章，如有不實，本人願負法律責任。	
					業務員登錄證號 / 執業證號

受理編號 / 流水編號：\_\_\_\_\_

\*POSB0111\*



