

功能性契約轉換變更申請書

單位

代碼

業務/收件單位
受理蓋章

總/分公司
受理單位蓋章

親臨辦理對象：
原要保人 新要保人
被保險人



宏泰人壽官網

注意事項

- 一、本申請書內容經宏泰人壽保險股份有限公司同意後即構成原契約之一部分。
- 二、申請契約內容變更須於保險單有效期限內備齊相關文件，並用深色且不易被擦拭筆簽署完畢後盡速送達本公司受理單位。
- 三、提醒您！請勿於空白申請書上簽名，如須修改更正，請要保人於塗改處旁簽名確認。

【本公司聯絡方式】免費服務專線：0800-068-268；傳真：02-2716-6887；網址：<https://www.hontai.com.tw>；電子信箱：service@hontai.com.tw。

轉出之保單號碼	1234567890	填寫日期	110年05月01日
要保人姓名	王大明	被保險人姓名	王大明

※申請「功能性契約轉換」，請續填「一、變更內容」及次頁「二、被保險人告知事項」後親自簽名確認，謝謝。

一、變更內容： ※提醒您變更後契約內容以本公司辦理後批註書為準。

1. 原保單轉出保險金額 全部 部分，轉出 元，轉入新保單號碼 (本欄由宏泰人壽填寫)。

2. 轉入為： 10 年期「宏泰人壽瑪麗亞長期照顧終身保險 (LTC)」。

※轉換商品限相同繳費年期，但如轉入商品無相同繳費年期者，則以轉入商品之最小繳費年期辦理。

3. 新保單轉入保險金額為 123456 元/計畫/單位。

4. 祝壽保險金受益人指定如下：

同被保險人 同本次申請之要保人

其他指定：姓名 身分證統一編號： 與被保險人關係：

戶名： (限為受益人帳戶) 金融機構： 分行/支局： 帳號：

5. 本次申請事項若有需要補費者，同意依原續期保險費所約定金融機構扣款帳戶或以信用卡扣款繳納。

●被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? 否 是 ; 左列勾選為「是」者，請提供手冊或證明影本。

●主/附約被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? 否 是 ，左列勾選為「是」者，請提供相關證明文件。

●本次變更項目如有退費情形時，請填寫下列匯款帳號資料，若未填寫則以支票方式處理。

戶名： (限為要保人帳戶) 金融機構： 分行/支局： 帳號：

●其他

●為確認您了解契約轉換後之權益，本公司將於辦理完成後以電話與您再次聯繫確認！請問要保人方便電訪的時間為何：

上午 9:00~12:00 下午 12:00~14:00 下午 14:00~18:00

※本申請書一份 2 頁，敬請以正反面列印使用，填寫後務必親自於 [簽名/章欄] 簽名後送達本公司受理，謝謝您。

宏泰人壽履行個人資料保護法告知義務內容

宏泰人壽保險股份有限公司(以下稱本公司)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(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向要保人、被保險人、受益人、保險費實際繳款人告知下列事項，請 台端詳閱：

- 一、蒐集之目的：本公司為執行下列事項，將在合法範圍內蒐集、處理及利用您的個人資料。
 1. 人身保險 (00一)。
 2. 金融服務業依法令(包含美國海外稅收遵循法)規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(0五九)。
 3. 非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(0六三)。
 4. 契約、類似契約或其他法律關係業務(0六九)。
 5. 消費者、客戶管理與服務(0九0)。
 6. 財稅行政(0九五)。
 7. 其他自然人基於正當性目的所進行個人資料之蒐集處理及利用(一七六)。
 8. 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：本公司蒐集您的個人資料內容詳如各相關業務申請書或契約書內容所載欄位，例如：姓名、生日、身分證統一編號、地址及其他聯絡方式、病歷、醫療檢查、IP 位址、瀏覽器類型、瀏覽紀錄...等相關資訊。
- 三、個人資料之來源(個人提供之情形適用)：1. 要保人。2. 當事人之法定代理人、輔助人。3. 各醫療院所。4. 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。
- 四、個人資料利用之期間、地區、對象、方式：1. 期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。2. 對象：本(分)公司、中華民國人壽保險商公會、同業公會、中華民國保險業同業公會、財團法人保險發展中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合推廣或共同徵信中心、財團法人保險聯合調查權機中心、金融監理機關。3. 地區：上述對象所在之地區。4. 方式：合於法令規定之利用方式。5. 其他關於蒐集瀏覽資訊之相關個資法第三條規定，依本公司網站隱私權政策 (<https://www.hontai.com.tw/18pages/privacy>)。6. 依據複製本。1-2. 向本公司請求補充或更正。1-3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。2. 行使權利之方式：書面、電子郵件、傳真、電子文件。
- 五、不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：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，因此可能無法承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

宏泰人壽病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)，同意 貴公司基於客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司依主管機關要求之辦理事項及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用等需要，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

此致 宏泰人壽保險股份有限公司

立同意書人(即被保險人)親簽：王大明

監護人或輔助人/法定代理人親簽： 其關係為立同意書人之：

二、被保險人告知事項〔僅適用於辦理功能性契約轉換〕

※要保人及被保險人對「告知事項」之書面詢問，應據實說明並親自填寫。如有隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少本公司對於危險之估計者，本公司依保險法第64條之規定得解除本保險契約，其危險發生後亦同；申請功能性契約轉換時，其約定無效，並回復至轉換前之原契約狀態。

※投保健康保險者，依保險法第一百二十七條：「保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。」

01	被保險人目前之身高 181 公分，體重 80 公斤(A1)	工作性質(含兼職) 金融業外務員	是/否
02	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(A2)? (亦可提供檢查報告代替回答)		<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
03	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(A3)?		<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
04	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? ① 高血壓症(指收縮壓 140mmHg 舒張壓 90mmHg 以上)(B1)、狹心症(B2)、心肌梗塞(B3)、心肌肥厚(B4)、心內膜炎(B5)、風濕性心臟病(B6)、先天性心臟病(B7)、主動脈血管瘤(B8)、腦中風(腦出血、腦梗塞)(C1)、腦瘤(C2)、腦動脈血管瘤(C3)、腦動脈硬化症(C4)、癲癇(C5)、肌肉萎縮症(C6)、重症肌無力(C7)、智能障礙(外表無法明顯判斷者)(C8)、巴金森氏症(C9)、精神病(C10)、肺氣腫(D1)、支氣管擴張症(D2)、塵肺症(D3)、肺結核(D4)、肝炎(E1)、肝內結石(E2)、肝硬化(E3)、肝功能異常(GPT、GOT 值檢驗值有異常情形者)(E4)、腎臟炎(F1)、腎病症候群(F2)、腎機能不全(F3)、尿毒(F4)、腎囊胞(F5)、視網膜剝離或出血(G1)、視神經病變(G2)、癌症(惡性腫瘤)(H2)、血友病(H1)、白血病(H2)、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)(I3)、紫斑症(I4)、糖尿病(J1)、類風濕性關節炎(J2)、肢端肥大症(J3)、腦下垂體機能亢進或低下(J4)、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下(J5)、紅斑性狼瘡(K1)、膠原症(K2)、愛滋病或愛滋病帶原(L1)。 ② 阿茲海默氏病(C11)、退化性關節炎(J6)、骨質疏鬆症(J7)、失智症(C12)、退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者(J8)、椎間盤疾患，伴有脊髓病變者(J9)、脊椎狹窄(J10)、外傷脊椎病變(J11)、脊椎腫瘤(J12)。		① <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 ② <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
05	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? ① 酒精或藥物濫用成癮(M1)、眩暈症(M2)、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血(N1)、潰瘍性大腸炎(N2)、胰臟炎(N3)、肝炎病毒帶原(O1)、肝膿瘍(O2)、黃疸(O3)、慢性支氣管炎(P1)、氣喘(P2)、肺膿瘍(P3)、肺栓塞(P4)、痛風(Q1)、高血脂症(Q2)、青光眼(R1)、白內障(R2)。 ② 乳腺炎(S1)、乳漏症(S2)、子宮內膜異位症(S3)、陰道異常出血(S4)。(女性被保險人請回答) ③ 運動神經元疾病(C13)。		① <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 ② <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ③ <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
06	是否已確知懷孕?如是，已經幾週? 週(T1)。(女性被保險人請回答)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
07	目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害(U1)?		<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
08	過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上(V1)?		<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否

告知事項回答為「是」者時，請註明序號、病名、疾病/障害部位、就診大約日期、治療方式、治療結果、就診醫院。

聲明事項

一、本人(被保險人)同意宏泰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。
 二、本人(被保險人、要保人)同意宏泰人壽保險股份有限公司將本申請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。
 三、本人(被保險人、要保人)同意宏泰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。
 四、本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保宏泰人壽保險股份有限公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知宏泰人壽保險股份有限公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而宏泰人壽保險股份有限公司仍承保者，宏泰人壽保險股份有限公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知宏泰人壽保險股份有限公司者，同意宏泰人壽保險股份有限公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任，但關於實支實付型醫療保險，宏泰人壽保險股份有限公司應以「日額」方式給付。

●本申請書所有簽章部分為要保人、被保險人及法定代理人本人依本保險契約最近所約定簽名樣式親自簽章，如有虛偽不實，簽章人應負法律上責任。
 ●申請人已詳閱且同意本申請書之「注意事項」、「履行個人資料保護法告知義務內容」及「聲明事項」。
 ●除本次申請事項外，請要保人確認本人姓名、國籍、職(務)位、住所地址及收費/通訊地址等皆無異動： 確認 (若有異動請辦理變更)

簽名/章欄

要保人親簽：**王大明** 被保險人親簽：**王大明**

監護人或輔助人/ 出生日期：年月日 國籍： 中華民國 其他：

法定代理人： 身分證統一編號： 關係為： (請提供身分證明文件)

業業務員/執業經紀人 登錄字號/ 手機 保經(代)
 (代理人)簽名： 執業證號： 號碼： 簽署人簽章：

【業務員本人已核對並確認要保人、被保險人及其法定代理人之身分無誤及其代理之事實；且親視要保人、被保險人及其法定代理人親自簽章，絕無虛偽情事。】