



10. 繳別變更為：年繳 半年繳 季繳 月繳  
若為「變額萬能壽險」及「變額年金保險」之保險單，基本保險費及起額保險費或分期保險費將一併異動，請續填：參、投資型/萬能/年金保險變更申請之第3項。
11. 繳費方式變更為：自行繳費（劃撥/便利商店/ATM轉帳繳付屬之）（若選擇金融機構轉帳或信用卡繳費扣款時，請另填寫「保險費付款授權書」辦理。）
12. 自動墊繳保險費：同意 不同意（若不同意自動墊繳保險費，契約將自寬限期間終了翌日起停止效力。）
13. 保險單紅利給付方式變更為：儲存生息 抵繳保費 購買增額繳清保險（選擇購買增額繳清保險須被保險人簽名同意）  
現金給付，請續填：貳、保障內容變更申請第6項。  
※主約為宏泰人壽兒童終身壽險(甲型、乙型、丙型、丁型)JWA-D、宏泰人壽創世紀終身壽險PWL及主約附有宏泰人壽安福利保險附約(甲型、乙型、丙型、丁型)NRA-D或宏泰人壽遞減型定期壽險附約DTR之保險單，紅利給付方式無「購買增額繳清保險」。
14. 增值回饋分享金其給付方式變更為：被保險人於保險年齡十六歲前，其給付方式依保險單條款約定辦理。  
保單年度未滿六年：購買增額繳清保險 抵繳保費(繳費期滿後仍屬有效契約者，以購買增額繳清保險辦理。)  
保單年度第七年起：購買增額繳清保險 抵繳保費 儲存生息 現金給付，請續填：貳、保障內容變更申請第6項。  
宏泰人壽泰鑫利率變動型養老保險(不分紅保單)ISC(依保險單條款約定)：儲存生息 現金給付 購買增額繳清保險
15. 保險單補發：特此聲明原保險單同時作廢，並申請補發(含保險單契約內容變更批註書)。  
請附上工本費用新臺幣100元繳費憑證。(請至郵局劃撥，劃撥帳號：18398265，並註明保單號碼及補發工本費。)

## 貳、保障內容變更申請

※申請「主約保險契約轉換/保險金額增加」、「新加保附約或增加額度」、「停效已逾六個月復效」及「重新評估批註事項」者，請務必同時簽署第3/4頁之「病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用同意書」及續填第4/4頁之「基本資料」、「被保險人告知事項」。

|          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                        |                       |      |                          |                                  |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|--------------------------|----------------------------------|
| 1. 主契約變更 | (1) 保險契約轉換為 _____ 險種。                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                        | (2) 繳費年期變更為 _____ 年期。 |      |                          |                                  |
|          | (3) 保險金額/基本保額增加為 _____ 元/萬元/計畫/單位。<br>請勾選原因 A. <input type="checkbox"/> 猶豫期變更 B. <input type="checkbox"/> 被保險人結婚/生子週年日 <input type="checkbox"/> 滿五週年日 C. <input type="checkbox"/> 變額萬能壽險<br>※保險金額增加的原因為B者，須條款約定者適用。若原因為C者，請另填：參、投資型/萬能/年金保險變更申請之第3項。 |                                                                                                                                                                                                                                        |                       |      |                          |                                  |
|          | 減少保險金額<br>※提醒您！減少保險金額將可能蒙受損失                                                                                                                                                                                                                         | (4) <input type="checkbox"/> 保險金額/基本保額 <input type="checkbox"/> 當年度保險金額(條款有約定者方可勾選)降低為 _____ 元/萬元/計畫/單位。<br>(5) <input type="checkbox"/> 累計增加保險金額(適用利率變動型終身壽險商品)降低為 _____ 元/萬元。<br>(6) 提領解約金額(依減少保險金額辦理，並以本公司批註的保險金額為準。)約為 _____ 元/萬元。 |                       |      |                          |                                  |
| 2. 附約變更  | 項 目                                                                                                                                                                                                                                                  | 附約被保險人姓名/關係                                                                                                                                                                                                                            | 身分證統一編號               | 出生日期 | 國籍<br>若為多重國籍者，請填寫全部國籍名稱。 | 變更後(或終止)附約名稱或險種代碼<br>年期/保額/計畫/單位 |
|          | <input type="checkbox"/> 新加保附約<br><input type="checkbox"/> 增加額度為<br><input type="checkbox"/> 減少額度為<br><input type="checkbox"/> 終止(取消)                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                        |                       |      |                          |                                  |

上述主契約或附約變更，如有減少保險金額(部分解約)退費款項，其給付方式，請續填第6項。

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. <input type="checkbox"/> 主契約減額繳清保險 | 有附加附約之處理方式：<br><input type="checkbox"/> 本人同意一併終止本保險單所有附約效力，該附約得持續至該附約該期已繳之保險費期滿後終止。<br><input type="checkbox"/> 有「減額繳清保險/展期定期保險」條款之附約同時辦理繳清或展期，但保單價值準備金不足時，則依一併終止附約辦理。<br><input type="checkbox"/> 主契約辦理「減額繳清保險」其附加之長年期附約及有保證續保條款附約持續繳費，並同意保險費變更為年繳且需補足保險費差額，續期繳費方式約定為金融機構轉帳方式。(請一併檢附「保險費付款授權書」)(本項作業限條款有約定者，始可勾選；如不符者改依保單條款約定一併終止附約辦理。)<br><input type="checkbox"/> 已繳費期滿者或已達豁免保險費者，該附約持續有效。(本項作業限條款有約定者，始可勾選；如不符者改依保單條款約定一併終止附約辦理。) |
| 4. <input type="checkbox"/> 主契約展期定期保險 | ※有附加附約者請續勾選右項，如未勾選視同同意該附約得持續至該附約該期已繳之保險費期滿後終止。<br>※保險單中如有借款、墊繳保險費者，選擇 <input type="checkbox"/> 以現金 <input type="checkbox"/> 以保單價值準備金清償保險單借款本息、墊繳保險費本息；如未勾選將依條款約定辦理。<br>※主、附約辦理展期定期保險如有繳清生存保險金，將視要保人為受益人。                                                                                                                                                                                                                              |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. <input type="checkbox"/> 終止主契約(解約) | <input type="checkbox"/> 本保險單所有附約同時終止。<br><input type="checkbox"/> 一併終止本保險單所有附約效力，該附約得持續至該附約該期已繳之保險費期滿後終止；或已繳費期滿者或已達豁免保險費者，該附約持續有效。(本項作業限條款有約定者，始可勾選；如不符者改依保單條款約定同時終止附約辦理。)<br>(1) 宏泰人壽所負之保險責任截至收到要保人書面通知為止，原保險單作廢無效。<br>(2) 解約給付方式：請續填第6項。<br>(3) 要保人手機號碼：_____ (本公司將於完成支付款項後發送簡訊)<br>※本次終止為外幣保險單者，係終止本保險契約轉而投保新契約。 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是<br>※再次提醒您，契約提前終止將可能蒙受損失，或因投保年齡限制、身體狀況影響致可能無法重新投保。 |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

6. 給付帳戶資訊：保險單紅利 增值回饋分享金 投資標的收益分配 分期保證提領 解約(含部分解約/部分提領) 其它退費款項  
限以要保人下列帳戶給付，若未填寫則以支票給付。(※外幣保單限以匯款給付，請填寫於臺灣地區之外幣帳戶影本，匯款相關手續費用負擔將依保單條款約定處理。)

●此次申請項目如為解約(含部分解約/部分提領)者，請勾選並說明使用目的(用途)：投資理財 裝修房屋 教育/醫療/繳稅/消費性支出  
其他，請說明：\_\_\_\_\_ 抵繳要保人他張保單保險費，請於第8項補充說明抵繳內容(外幣保險單不適用)。

戶名/英文戶名：\_\_\_\_\_ 金融機構：\_\_\_\_\_ 分行/支局：\_\_\_\_\_ 帳號：\_\_\_\_\_

7. 復效(提醒您：如停效已逾六個月，須一併填寫【基本資料/被保險人告知事項】並於填寫當日寄送至宏泰人壽總/分公司受理單位。)

●茲聲明本保單在停效期間確未發生任何保險事故，並同意依保險單條款有關「保險效力的恢復」之約定申請復效，請惠予辦理。

8. 補充說明欄 申請重新評估批註事項(敬請於保單週年日前二個星期提出並檢附可保性證明資料)





**基本資料**

一、主/附約被保險人是否已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(新加保或提高左列類型之險種時,請勾選下列資料):  
 (1)實支實付型傷害醫療保險:否 是 (2)實支實付型醫療保險:否 是

以上勾選為「是」者,請說明投保人姓名及投保項目: \_\_\_\_\_

二、主/附約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。

三、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。

**被保險人告知事項**

要保人、被保險人對「告知事項」之書面詢問,應據實說明並親自填寫。如有為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;申請復效、增加保險金額變更時,其約定無效,並回復至復效前或保額增加前之原契約狀態。

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                                                                                                                                                                   |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 | 被保險人目前之身高 _____ 公分,體重 _____ 公斤(A1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 工作內容(含兼職) _____ | (請勾選) 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"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |
| 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"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |
| 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?<br>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)、腎囊腫(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(I2)、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)。<br>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)。(被保險人有投保長期照顧保險者請回答) |                 | ① <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>② <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                        |
| 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?<br>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)、肺膿瘍(P2)、肺栓塞(P4)、痛風(Q1)、高血脂症(Q2)、青光眼(R1)、白內障(R2)。<br>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)<br>③運動神經元疾病(C13)。(被保險人有投保長期照顧保險者請回答)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 | ① <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>② <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>③ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 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"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |
| 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"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |
| 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"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |
| 09 | 被保險人有投保健康險(不含長期照顧保險)時,請回答現在是否仍患有下列疾病:<br>弱視(W1)、中耳炎(W2)、內耳疾病(W3)、重聽(W4)、頭部外傷(W5)、骨折(W6)、胸部畸形及脊柱彎曲(W9)、椎間盤脫出或分離(W10)、骨骼及關節疾病(W12)、風濕性關節炎(W13)、甲狀腺腫(W14)、良性腫瘤(W16)、神經痛(W17)、鼻竇炎(W18)、心雜音(W19)、不整脈(W23)、鐵質性貧血(W24)、惡性貧血(W25)、蠶豆症(W26)、慢性胃炎(W27)、膽石症(W28)、膽囊炎(W29)、痔瘡(W30)、腎結石(W31)、膀胱結石(W32)、尿道炎及輸尿管結石(W33)、陰囊水腫(W34)、疝氣(W35)、脊柱機能障礙(W36)、中樞神經機能障礙(W37)、酒精或藥物濫用成癮(W38)、脂肪肝(W39)、川崎氏症(W40)、腦膜炎(W41)、鼻中隔彎曲(W42)、骨盆腔炎(W43)、攝護腺肥大(W44)?                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |
| 10 | 被保險人有投保傷害險時,請回答目前身體機能是否有下列障害:<br>①失明(G01)。②是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥,且一目視力經矯正後,最佳矯正視力在萬國視力表 0.3 以下(G02)。③聾(G03)。④是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥,且單耳聽力喪失程度在 50 分貝(dB)以上(G04)。⑤啞(G05)。⑥咀嚼、吞嚥或言語機能障害(G06)。⑦四肢(含手指、足趾)缺損或畸形(G07)。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |
| 11 | 配偶投保附約者,請回答:目前之身高 _____ 公分,體重 _____ 公斤,工作內容(含兼職) _____,有無上述 02-10 項之情形?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |
| 12 | 子女投保附約者,請回答:<br>子女①目前之身高 _____ 公分,體重 _____ 公斤,工作內容(含兼職) _____,有無上述 02-10 項之情形?<br>子女②目前之身高 _____ 公分,體重 _____ 公斤,工作內容(含兼職) _____,有無上述 02-10 項之情形?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 | ① <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>② <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                        |
| 13 | 要保人投保附約者,請回答:目前之身高 _____ 公分,體重 _____ 公斤,工作內容(含兼職) _____,有無上述 02-10 項之情形?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |

告知事項回答為「是」者時,請註明於 \_\_\_\_\_

1、要保人及被保險人請依本保險契約最近所約定簽名樣式親自簽名。  
 2、要保人或被保險人未成年者,其法定代理人需同時簽名始可辦理。  
 3、敬請 台端(要保人)確認除了本次申請事項外,您所留存於本公司的姓名、國籍、職(務)位、住所地址及收費/通訊地址等資訊有無異動,以利能有效且正確服務。

**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(以下稱「本公司」)查詢本之會員公司查詢本之依據。  
 二、本人(被保險人、要保人)同意在該系統之資料以作為核保及理賠之依據。  
 三、本人(被保險人、要保人)同意將本人(被保險人、要保人)之姓名、國籍、職(務)位、住所地址及收費/通訊地址等資訊有無異動,以利能有效且正確服務。  
 四、本人(被保險人、要保人)已知悉宏泰人壽保險股份有限公司之保險契約條款約定,並自負給付責任。如有重複投保而未通知宏泰人壽保險股份有限公司者,宏泰人壽保險股份有限公司不負給付責任,但關於實支實付型醫療保險或實支實付型傷害醫療保險,宏泰人壽保險股份有限公司仍負給付責任。

●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 (若有異動請一併辦理變更)

**簽名/章欄**

(原)要保人: 林有為 主契約 被保險人: 林宏泰 配偶附約 被保險人: \_\_\_\_\_ 子女附約 被保險人: \_\_\_\_\_

(新)要保人: \_\_\_\_\_ 主契約 被保險人: \_\_\_\_\_ 配偶附約 被保險人: \_\_\_\_\_ 子女附約 被保險人: \_\_\_\_\_

監護人或輔助人/  
 法定代理人: \_\_\_\_\_ 生日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 國籍:  中華民國  其他: \_\_\_\_\_; 關係為 \_\_\_\_\_ (請提供身分文件)

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

●業務員本人已核對並確認要保人其姓名、國籍、職(務)位、住所地址及收費/通訊地址等資訊皆無異動:  確認 (若有異動請協助保戶變更)  
 ●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。

網路下載版(本申請書一份4頁皆須印出,敬請填寫並於簽名章欄處簽署後送達本公司受理。)