

契約變更/復效/保單補發申請書

【2023年11月版】

【團體年金專用】

壹、契約內容變更項目索引及所需檢附文件一覽表

頁次	變更事項	項次	除本申請書外，另需檢附之文件		公費保單	自費保單	申請時間
			FATCA/CRS 身分確認問卷	身分證證明文件	需親自簽署者(註一) A：要保人 B：被保險人 (需法定代理人簽署者，請逕於第4頁簽名欄位簽署)		
2	要保人地址/電話	A-1	√ (如您變更之地址/電話符合美國/外國表徵者)		A	A	隨時可提出申請
	要保人帳戶價值通知方式			A	-		
	被保險人地址/電話/帳戶價值通知方式		√ (如您變更之地址/電話符合美國/外國表徵)		A+B	B	隨時可提出申請
	續期保費繳費管道變更	A-2			A	B	年金給付開始日前隨時可提出申請
	身故受益人變更	A-3			A+B	B	隨時可提出申請
3	要保人名稱變更	B-1	√ (如您變更符合 FATCA/CRS 身分者)	公司登記證明文件	A	A	隨時可提出申請
	被保險人更正出生日期/身分證統一編號或更改姓名/國籍	B-2	√ (如您變更符合 FATCA/CRS 身分者)	√	A+B	B	隨時可提出申請
	繳法變更	B-3			A	B	年金給付開始日前隨時可提出申請
	變更基本保費	B-4			A	B	年金給付開始日前隨時可提出申請
	變更年金給付開始日/年金給付方式	B-5			A	B	於年金給付開始日三十日前提出申請
	保險單或保險證補發	B-6			A 或 B	A 或 B	隨時可提出申請
	復效	B-7			-	B	可於停效日起 2 年內提出申請 (停效六個月以上保單請電洽客服單位)
	申請繳交增額保費(註二)	C-1			A	B	年金給付開始日前隨時可提出申請
	減少自費帳戶價值(註三)	C-2			-	B	年金給付開始日前隨時可提出申請
	匯款帳號變更	C-3			A	B	年金給付前隨時可提出申請
新增讓與計劃別	C-4		-	A	-	隨時可提出申請	
變更讓與計劃別	C-5		-	A	-	每一被保險人加保後之第六保單年度前	

貳、注意事項

註一、本申請書須親自簽署者：

上表「需親自簽署者」欄位如列示「A+B」者，即表示該申請項目需由要保人及被保險人簽署；如列示「A 或 B」者，即表示該申請項目僅須由提出申請人簽署即可(即要保人或被保險人)。

註二、申請繳交增額保費：

- 台幣保單：銀行匯款/花旗銀行營業部代碼(0210018)帳號：5417709012 (限單筆匯款) 戶名：南山人壽保險股份有限公司；ATM轉帳/保單號碼S開頭：中國信託代碼(822)；帳號(331829+保單號碼後9碼) 保單號碼U開頭：中國信託代碼(822)；帳號(331831+保單號碼後9碼)

外幣保單：請存入或匯入本公司指定銀行外匯存款戶，本公司指定之外匯存款戶請至本公司網站查詢。

- 倘要保人尚未繳足當期應繳「基本保費」，本公司將先扣除當期應繳「基本保費」，再以扣除後之餘額計入「增額保費」。要保人每次繳交之「增額保費」(係指扣除前述所指當期應繳「基本保費」後之餘額)，不得低於繳費當時本公司所定「增額保費」繳交金額之下限。

註三、減少自費帳戶價值(請詳保單條款約定)：

- 被保險人於年金給付開始日前，得在其自費帳戶價值範圍內申請減少其自費帳戶價值：
 - 台幣保單：每次減少之帳戶價值不得低於新臺幣1萬元，且減額後的帳戶價值不得低於新臺幣1萬元。
 - 美元保單：每次減少之金額不得低於美元一千元整，且減額後的帳戶價值不得低於美元一千五百元。

2. 被保險人委託他人代辦減少自費帳戶價值時，一律採匯款方式匯至被保險人帳戶。

註四、「外國帳戶稅收遵從法」(FATCA)/「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法」(CRS)相關規範：

- 當被保險人身分變更為「具有美國納稅義務人身分」者，請填 W-9 表格；若為申請由「具有美國納稅義務人身分」變更為「非具有美國納稅義務人身分」，請填 W-8BEN 表格及提供放棄美國國籍證明。當要保人身分變更為「非本國及美國籍」者，請檢附「自我證明文件」。
- 美國納稅義務人係指具有美國國籍、持有綠卡或當年度入境美國並停留超過 183 天，或者當年度入境並在美國待超過 31 天且同時滿足所謂的「前 3 年審核期」的計算超過 183 天等情事。(例如：當年度在美國境內停留天數 ≥ 31 天，且「(當年在美國天數) × 1 + (去年在美國境內停留天數 × 1/3) + 前年美國境內停留天數 × 1/6」 ≥ 183 天。)
- 美國表徵：(1)曾被註記具美國公民身分或擁有永久居留權(綠卡)；(2)出生地為美國；(3)擁有美國住址或郵寄地址；(4)擁有美國電話號碼；(5)經常將資金轉入位於美國的帳戶；(6)曾指定住址設於美國的人士為代理人以處理本件要保相關事宜；(7)留存於本公司之地址並非要保人之地址，而是以「郵局暫時代管郵件」(hold mail)(註：類似郵政信箱)或「交由某人代轉信件」(in the care of)為唯一地址。
- 外國表徵：(1)具外國居住者身分；(2)具外國之現有居住地址或通訊地址；(3)具外國電話號碼，且無臺灣電話號碼；(4)存款帳戶以外之金融帳戶有約定轉帳指示，將資金轉至外國之帳戶；(5)被授權人或被授權簽名人具外國地址；(6)僅具外國轉信地址或代存郵件地址。

註五、其他：

- 如有保單內容變更致所繳保險費變動時，先前已收到的繳費證明書不生效力。
- 本申請書內容請避免塗改，若有塗改，請重換或請依本申請書契變項目所載需親自簽署者於塗改處簽章。倘因資料填寫不全或不符合作業規範而無法辦理時，本公司將不予退還。

如欲查詢保單狀況，可洽本公司 24 小時免費服務電話 0800-020-060 查詢或與您的服務人員聯絡。



契約變更/復效/保單補發申請書

【團體年金專用】

必填項目

【為使填寫內容更清晰易於辨識，請使用深藍色/黑色原子筆或鋼珠筆正楷書寫，並於填寫前請詳閱注意事項】

要保單位編號：_____ 要保人：_____ 統一編號：_____

保單號碼：_____

契約內容變更 - A 類

申請日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

A-1. 地址/電話/Email 變更

【如您變更項目符合 FATCA/CRS 身分者(請參本申請書第一頁註四 FATCA/CRS 相關規範)，請接續完成第四頁 FATCA/CRS 身分確認問卷】
 提醒您：要保人之地址及被保險人之戶籍地址或收費/聯絡地址不得為保險代理人、保險經紀人、銀行及其分支機構之營業處所或招攬業務員之住所或居所；倘身故受益人聯絡方式同要保人原聯絡方式者，亦請同時辦理變更。

*** 要保人地址：**

 郵遞區號 - _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____

*** 電話：** _____

*** 電子信箱(E-mail)：** _____ (請務必填寫工整且以一個為限，以利電子郵件正確寄送)

*** 保單帳戶價值通知方式**
 E-mail 通知(同要保人 E-mail) 書面通知(同要保人聯絡地址)

*** 被保險人收費/聯絡地址：**

 郵遞區號 - _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____

*** 被保險人戶籍地址：** 同上述收費/聯絡地址 如下

 郵遞區號 - _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____

*** 電話：**(H) _____ (O) _____ (行動) _____

電子信箱(E-mail)： _____ (請務必填寫工整且以一個為限，以利電子郵件正確寄送)

*** 保單帳戶價值通知方式**
 E-mail 通知(同被保險人 E-mail) 書面通知(同被保險人聯絡地址)

A-2. 續期繳費管道變更為： 金融機構轉帳【請檢附保險費付款授權書】【公費保單不適用】； 自行繳費

A-3. 身故受益人變更：

身故受益人的指定及變更以被保險人的家屬或其法定繼承人為限。倘身故受益人指定一個人以上，除特別指定比例或順位外，該項未支領之年金餘額由所有身故受益人平均分配，惟不包含身故受益人有指定為法定繼承人之情形。

姓名	身分證統一編號及出生日期(自然人)/註冊設立日期(法人)	國籍(非本國籍請填寫)	與被保險人關係	給付方式	倘身故受益人係身分別之指定及如有要保人不同意填寫身故受地址及電話之情形(下方聯絡方式如未填寫，即視為要保人或被不同意填寫)，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後通知受益人之依據(如係由被保險人負擔保險費者，則前述情形將以被最後所留之聯絡方式，作為日後通知身故受益人之依據)。
				<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____ %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 電話：(H) _____ (行動) _____
				<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____ %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 電話：(H) _____ (行動) _____
				<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____ %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> _____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 電話：(H) _____ (行動) _____

倘身故受益人指定為法定繼承人者，除經要保人另行指定(註)外，該項未支領之年金餘額之順位及應得比例適用民法繼承編相關規定；同時指定法定繼承人者，應於上方勾選順位或比例，應給付法定繼承人未支領之年金餘額，仍依本條前段內容辦理。

註：倘身故受益人非被保險人之配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例不適用民法繼承編相關規定者，請註明原因如下：

補充說明 (倘受益人超過三人，請於本欄位填寫姓名、身分證統一編號及生日(自然人)/註冊設立日期(法人)、國籍、關係、及身故受益人聯絡地址及電話)

◎ 受益人非中華民國籍人士者須檢附護照或居留證等文件影本辦理。

◎ 保戶之保險金債權遭法院(或執行機關)扣押時，倘為維持一己及共同生活親屬之生活所必需者，得依強制執行法第 12 條規定，向法院(或執行機關)聲明異議。



* L A 9 7 1 *

契約內容變更－B類

B-1. 要保人名稱變更為：【倘變更符合 FATCA/CRS 身分者，請接續完成第四頁 FATCA/CRS 身分確認問卷】

要保人名稱	
-------	--

B-2. 被保險人更正出生日期/身分證統一編號或更改姓名/國籍為：【請留意所有保單需一併送件辦理並檢具身分證明文件】

【倘變更國籍為非本國籍者，請接續完成第四頁 FATCA/CRS 身分確認問卷】

被保險人姓名		身分證 統一編號		出生日期	民國	年	月	日	國籍	
--------	--	-------------	--	------	----	---	---	---	----	--

B-3. 繳法變更為：年繳 半年繳 季繳 月繳

B-4. 變更基本保費為：_____元整【請依保單幣別填寫基本保費金額】

B-5.1 年金給付開始日變更為：民國_____年_____月_____日

B-5.2 申領年金：1. 一次給付

2. 分期給付：(月給付 年給付)(請擇一勾選)

(1)保證期間年金型：十年 十五年 二十年 (請擇一勾選)

(2)保證金額年金型：

B-6. 保險單/保險證補發【請檢附工本費每份保單/保險證新臺幣 100 元】

【保險單或保險證補/換發後，原保險單或保險證即予作廢，以補/換發之保險單或保險證為準。】

B-7. 復效

B-8. 其他：_____

契約內容變更－C類

C-1. 申請繳交增額保費【請詳閱並依本申請書第一頁注意事項註二辦理】

※(不定期)增額保費/超額保險費之保費來源(必填寫項目/可複選)：

薪資 贈與 投資收入 退休金 貸款 保險單借款 解除/終止契約 其他

繳付增額保費：_____元整【請依保單幣別填寫增額保費金額】

讓與計劃別：_____【公費保單者，請填寫讓與計劃別資料，倘未填寫，視同**同基本保費讓與計劃別**】

繳付日期：民國_____年_____月_____日、繳付管道：ATM轉帳 銀行匯款

【若前述繳費管道之資料因填寫不全、錯誤或其他原因致本公司無法收取增額保費時，本次增額保費之申請不生效力】

【**公費保單要保人**繳付增額保費仍屬要保人的權利，倘欲授權其他關係人繳付保費金額，若有退費的情形發生，退費的對象仍為**要保人**；

自費保單被保險人，倘欲授權其他關係人繳付保費金額，若有退費的情形發生，退費的對象仍為**被保險人**】

C-2. 減少自費帳戶價值【請詳閱並依本申請書第一頁注意事項註三辦理】

【**台幣保單**：每次減少之金額不得低於新台幣壹萬元整，減少後剩餘之自費保單帳戶價值不得低於新台幣壹萬元整。】

【**美元保單**：每次減少之金額不得低於美元一千元整，減少後剩餘之自費保單帳戶價值不得低於美元一千五百元整。】

減少自費帳戶價值_____元整【請依保單幣別填寫欲減少之自費帳戶價值】

C-3.1. 年金給付匯款帳號變更【限匯入**被保險人**帳戶，倘為外幣保單，請務必填寫帳戶中文及英文姓名】

金融機構名稱：_____分行：_____帳號：_____

C-3.2. 依上述申請或契約約定應給付要保人之款項，請匯款至下列要保人帳戶【公費保單】，應給付被保險人之款項，請匯款至下列被保險人帳戶【自費保單】

給付方式	匯款指定行庫
金融機構/郵局匯款 (倘為外幣保單，請務必填寫帳戶中文及英文姓名，限以匯款方式給付)	金融機構名稱：_____分行：_____帳號：_____ 帳戶姓名：_____ 身分證統一編號(要保人無須填寫)：_____



* L A 9 7 2 *

C-4. 新增讓與計劃別【請填寫新增之讓與計劃別及累計讓與比例】

讓與計劃別		計劃__	計劃__	計劃__	計劃__	計劃__
區分標準						
累計 讓與比例	參加保險年度					
	第1年度	__%	__%	__%	__%	__%
	第2年度	__%	__%	__%	__%	__%
	第3年度	__%	__%	__%	__%	__%
	第4年度	__%	__%	__%	__%	__%
	第5年度	__%	__%	__%	__%	__%
	第6年度	__%	__%	__%	__%	__%
	第7年度以後	100%	100%	100%	100%	100%

C-5. 變更讓與計劃別

變更基本保費讓與計劃別為計劃__ 變更增額保費讓與計劃別為計劃__

◎本申請書內容經南山人壽保險股份有限公司同意後，將發予批註書。若南山人壽保險股份有限公司未完全同意本次申請內容，但其餘同意內容仍在申請書所載範圍內者，以南山人壽保險股份有限公司同意之部分為本次變更範圍，並記載於批註書中。

◎南山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)第八條第一項規定，向您告知下列事項，請您詳閱：
 一、蒐集之目的：(一)○○一人身保險(二)一八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：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶等個人資料，詳如本申請書內容。三、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：
 (一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本(分)公司、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理人公司或保險經紀人公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、財團法人保險犯罪防制中心、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、美國 FATCA 申報單位(符合 FACTA 身分者)。(三)地區：上述對象所在之地區(包含中華民國境內及境外)。(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，您就本公司保有您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。五、您不提供個人資料所致權益之影響：若您未能提供相關個人資料時，本公司將可能無法提供您完善的人身保險服務。另依據 FATCA 法案規定，倘客戶未依循辦理，將列為「不合作帳戶」(Recalcitrant Account)，執行後續之彙總及申報等作業。

◎本人(被保險人、要保人)同意南山人壽保險股份有限公司將本文件上所載本人資料轉送產、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。

「外國帳戶稅收遵從法」(FATCA)/「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法」(CRS)身分確認問卷：如您辦理地址/電話變更(符合 FATCA/CRS 身分者)、國籍變更、復效時，請填寫下列問項【被保險人請填寫第 1-3 題，要保人請填寫第 4-6 題。】

	是	否
1. 請問被保險人是否具有美國納稅義務人身分？【詳閱本申請書第一頁注意事項註四之說明】(倘是，請檢附 W-9)【請續填第 2-3 題】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 若被保險人不具美國納稅義務人身分，請問被保險人是否具有美國表徵？【詳閱本申請書第一頁注意事項註四之說明】(倘是，請檢附 W-8BEN 表格)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 請問您除台灣及美國以外，是否身為其他國家或地區之居住者？(倘是，請檢附「自我證明文件(個人)」)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 請問要保人是否為註冊地在美國之法人？(倘是，請檢附 W-9 表格；倘否，請檢附 W-8BEN-E 等表格)【請續填第 5-6 題】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 請問法人之註冊地或營運地是否有任一項在台灣及美國以外之其他地區？(倘是，請檢附「自我證明文件(實體)」)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 請問法人是否屬消極非金融機構實體(Passive NFE)？(倘是，請每一位對要保人具控制權之人均檢附一份「自我證明文件(具控制權之人)」)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 本人同意南山人壽保險股份有限公司(下稱南山人壽)因應美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」施行，依 FATCA 法案規定向美國申報本人與南山人壽往來相關資料；資料蒐集、處理、利用與國際傳輸範圍以美國所公告之 FATCA 法案中規範之申報項目為限。
- 本人同意南山人壽因應「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)」施行，依 CRS 辦法向各國政府機關或國際組織申報本人與南山人壽往來相關資料；資料蒐集、處理、利用與國際傳輸範圍以財政部所公告之 CRS 辦法中規範之申報項目為限。
- 本人同意，若日後美國納稅義務身分如有改變，應於 30 日內主動書面通知南山人壽並檢附相關證明文件。
- 本人了解，依據 FATCA 法案規定，倘未依循辦理，本人將被列為「不合作帳戶」(Recalcitrant Account)。
- 本人了解，依據 CRS 辦法規定，倘未依循辦理，將無法接受申請。

*1.要保人及被保險人請依最後留存於本公司之簽名方式親自簽名。 2.本人已確實勾選並了解 FATCA/CRS 相關規範及權益。
 3.同意事項：同意 貴公司將本申請書相關文件由下述送件人交予要保人(本文件需簽名之欄位，均應經簽名欄所稱之當事人本人親自簽名)。

要保人簽名：_____ 要保人聯絡電話：_____ 【若要保人填載之電話號碼與原留存號碼不同，本公司日後得以此號碼為保險契約之聯絡資料】	被保險人簽名：_____ 【申請變更被保險人簽名樣式/被保險人姓名者，請簽署變更前後之被保險人簽名樣式/被保險人姓名】 被保險人行動(聯絡)電話：_____ 法定代理人簽名：_____ 【未滿七歲者或其他無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽名。】
--	---

送件人簽名：_____ 護照/身分證統一編號：_____ 【送件人為業務員/保險經紀人/保險代理人者免填護照/身分證統一編號；業務員/保險經紀人/保險代理人者僅為送件申請辦理相關事項，並無代理保戶為意思表示之權限，惟仍應親視要保人/被保險人/法定代理人親自簽名無誤。】	電話：_____ 業務員代號：_____
--	-------------------------

業務員登錄字號：_____	員工編號：_____	金融機構通路專用欄 分行/分公司名稱：_____
---------------	------------	-----------------------------

【關於您申請之事項，為保障您的權益，如有必要，本公司將會派員以電話或到府拜訪方式與您聯繫確認！】

