

南山住院醫療補償保險附約更換申請書

受理蓋章

使用期限:112/12/31

保單號碼: _____

申請日期: _____年____月____日

※本人同意將本保單之「南山住院醫療補償保險附約-計劃 ____」(即舊 HS 之被保險人本人保障) 更換相對應計劃別之「南山人壽新住院醫療健康保險附約-計劃 ____」(HS4C)。

說明:

1. 更換內容須符合舊 HS 原計劃數所對應之 HS4C 計劃別(詳本公司官網 111/06/30 公告事項), 且可免填寫健康告知事項。
2. 上述更換如需補繳差額保險費, 則於完成保險費繳付後, HS4C 之保險保障始自本公司於本申請書右上方「受理蓋章」欄所載受理日起發生效力。倘您欲以信用卡繳納差額保險費, 請填寫下方之「保險費信用卡付款授權書」。

保險費信用卡付款授權書

南山人壽聯名卡/認同卡(W) 信用卡(Y) 卡別: VISA Master JCB AE 發卡機構: _____ 銀行
信用卡卡號: _____ 信用卡有效期限: 至 _____ 年(西元)

◎本人(授權人)了解除以下注意事項外, 其餘相關約定請詳南山人壽網站 <http://www.nanshanlife.com.tw>/客戶服務/繳費服務/信用卡轉帳/申請方式/保險費付款授權書/授權書約定條款, 本人(授權人)已詳閱並同意以下注意事項及南山人壽網站刊載之其餘約定內容, 且同意前述授權書約定條款與下列注意事項有歧異者, 以下列注意事項約定為準。

授權人姓名: _____ 授權人(即信用卡持卡人)簽名: _____ (務必與信用卡簽名相符)

授權人身分證統一編號: _____ 出生日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

與被保險人關係: 本人 要保人 受益人

聯絡地址: _____ 電話: _____

注意事項:

- 一、本公司將於保險費入帳後開立送單/收據正本寄發予要保人, 倘於保險費繳交 15 工作日後仍未收到, 請立即與本公司電話客服中心 0800-020-060 聯絡, 以維護您的權益。
- 二、發卡機構僅負責代收保險費, 任何其他相關事宜, 均無權代表本公司表示任何意見或提供任何資訊, 授權人如有需要請直接洽詢本公司。
- 三、發卡機構不得就保險商品進行解說及受理保戶申訴或其他保單變更事項。
- 四、本次授權範圍僅限繳納本次更換 HS4C 所應繳納之差額保費, 倘經本公司同意, 且扣款成功, 本次更換將自本公司受理舊 HS 更換申請書之日起生效。若授權人欲授權本公司就續期保費逕予扣款, 請另填寫「保險費付款授權書」向南山人壽申請辦理。

※如您有任何問題, 敬請與您的服務人員聯絡

◎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)〇〇一人身保險(二)〇六七信用卡、現金卡、轉帳卡或電子票證業務(三)〇六九契約、類似契約或其他法律關係事務(四)〇九〇消費者、客戶管理與服務(五)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:姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、信用卡卡號等個人資料, 詳如本更換申請書內容。
- 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、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、財金資訊公司、業務委外機構、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、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, 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, 本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業, 因此可能遲延處理或無法接受您的更換申請。

要保人與被保險人本人向南山人壽保險股份有限公司聲明同意下列事項:

1. 本人(被保險人本人、要保人)同意貴公司將本更換申請書上載本人資料轉送產、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與否之依據。
2. 本更換申請經南山人壽同意成立後, 會寄發契約內容變更批註書, 並構成保險契約之一部分。

同意更換附約簽名欄:(請親自簽名否則申請無效, 如有塗改請要保人/被保險人本人於塗改處簽名; 如本申請書未經由業務員親晤要保人/被保險人本人親簽並協助送件者, 無需填寫以下業務員資料欄位)

要保人簽名: _____

要保人行動(聯絡)電話: _____

被保險人本人簽名: _____

業務員簽名/代號: _____ /

法定代理人簽名: _____

業務員登錄字號: _____

(未滿七歲者或無行為能力人, 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。)

【請詳閱背面並簽署個人健康險及傷害險之費率可能調整告知書】



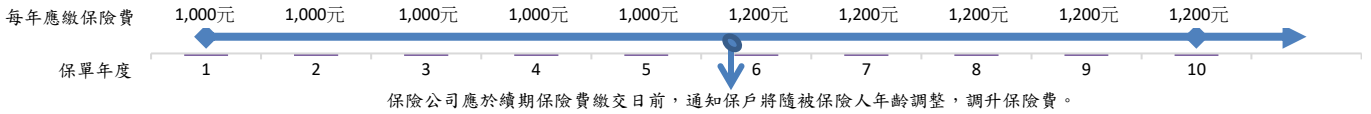
個人健康險及傷害險之費率可能調整告知書

保單號碼：_____

保險商品：南山人壽新住院醫療健康保險附約【HS4C】之保單條款具有費率調整約定內容，將依陳報主管機關之費率及被保險人年齡計算保險費。

【調整費率情境說明】

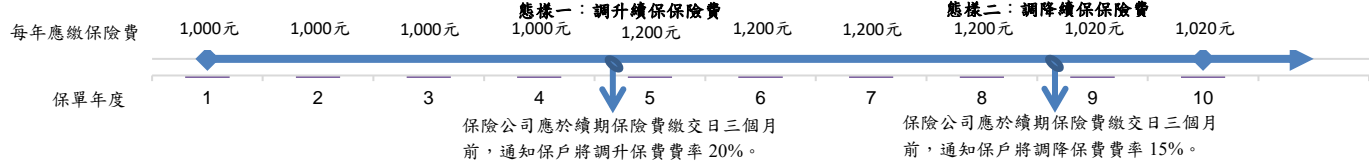
●將依被保險人保險年齡所對應之費率進行調整：假設保戶投保時，約定年繳保險費為新台幣 1,000 元，於第 6 保單年度時，將依當年度保險年齡計算保險費；經對照商品費率表，其年繳保險費隨被保險人年齡增加調升為新台幣 1,200 元。



●可能依保險商品實際損失率與預期損失率情形進行調整：假設保戶投保時，約定年繳保險費為新台幣 1,000 元，可能會有下列調整費率態樣：

態樣一：最近三至五年實際損失率大於預期損失率，為能顧及保戶權益以及強化保險公司清償能力，啟動費率調整機制，調升續保保險費。

態樣二：最近三至五年實際損失率小於預期損失率，為能顧及適度反映經營績效，啟動費率調整機制，調降續保保險費。



本人(即要保人)聲明本次申請附約更換時已詳閱本告知書，倘本次更換申請係由業務人員親晤本人親簽並協助送件辦理，該業務人員已充分說明上述保險權益，本人已明確知悉所更換商品係有費率調整機制。

此致 南山人壽保險股份有限公司

立聲明書人(要保人)親自簽名：_____

中華民國：_____年_____月_____日

法定代理人親自簽名：_____

業務員親自簽名：_____

(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)以上未成人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽名。)

(本次更換申請係由業務人員親晤要保人親簽並協助送件者，請業務員向要保人充分說明 HS4C 之保險權益，並於上欄親自簽名。)

郵遞區號：

地址：

寄件人姓名：

Advertisement return envelope form with address fields and postal code.

Vertical address label fields.

408381
台中市南屯區五權西路二段 100 號 5 樓
南山人壽保險股份有限公司
台中分公司 收

請依摺疊線摺疊後寄回。謝謝。

回覆前請再確認下列事項：

☐應於更換申請書&費率可能調整告知書簽名之人是否均已完成簽名。

☐請務必依折線裝訂或另行裝入信封後寄回南山人壽，謝謝。

