

功能性契約轉換申請書暨重要事項確認聲明書

申請日期：____年____月____日

茲向南山人壽保險公司申請轉換保險契約內容如下，本人同意本申請書暨聲明書經南山人壽受理並同意後，將下列原保險契約(下稱轉換前契約)所得之保單價值準備金，轉換為下列轉換後之保單。轉換後之保單要保人、被保險人、身故受益人、收費/戶籍地址及電子單據等基本資料與原契約保單資料相同。

原契約保單號碼 ※僅限填寫一張保單號碼	轉換內容	轉換後之保單號碼 (保戶勿填)	轉換後之保單 險種名稱	轉換後之保單 保險保額/年金金額
	<input type="checkbox"/> 全額轉換，倘轉換前契約附加併同發單之二十年限期繳費終身個人(家庭)防癌保險將予以保留；其餘之任何附約請一併取消，累計之紅利一併結清。 <input type="checkbox"/> 部分轉換，轉換前契約於轉換後保額降低為新台幣_____萬元整/計畫/單位			

※此次申請功能性契約轉換若有退費，請匯款至下列要保人帳戶

給付方式	匯款指定行庫
金融機構匯款 (限匯入要保人帳戶)	金融機構名稱：_____分行：_____帳號：_____ 帳戶姓名：_____ ※上述帳戶確為要保人所有，嗣後若有因資料錯誤而造成誤匯/退匯時，概由要保人自行負責。

※如轉換後為遞延年金保險，請填寫下列申請項目

1. 年金開始給付年齡：_____歲 (年金開始給付年齡：50~80歲且不可早於轉換當時保險年齡)	2. 年金給付週期：年給付	3. 年金給付保證期間：30年
--	---------------	-----------------

※金融機構匯款(被保險人生存期間為被保險人本人帳戶)。

給付方式	匯款指定行庫
金融機構匯款 (限匯入被保險人帳戶)	金融機構名稱：_____分行：_____帳號：_____ 帳戶姓名：_____ ※上述帳戶確為被保險人所有，嗣後若有因資料錯誤而造成誤匯/退匯時，概由被保險人自行負責。

◎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)○六九契約、類似契約或其他法律關係事務(三)○九○消費者、客戶管理與服務(四)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：金融機構帳戶等個人資料，詳如本申請書暨聲明書內容。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、中華民國產物保險商業同業公會、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、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。
 (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：除以電話查詢個人資料或本公司另有規定外，行使權利之方式以書面為之。如有疑問，您得與本公司客戶服務專線：0800-020-060聯絡，本公司將協助處理相關請求。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，因此可能延遲處理或無法接受您的申請。

◎本人(被保險人、要保人)同意南山人壽保險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。

要保人與被保險人向南山人壽保險公司聲明同意下列事項：

- 上開轉換後保單完整內容之保險契約條款樣張，已由貴公司提供予本人，本人已知悉轉換後的契約內容。
- 轉換前契約原有保險單借款或保險費自動墊繳之保單，倘申請全部轉換者，要保人應先清償轉換前契約保險單借款及保險費自動墊繳，或本公司將扣除轉換前契約保險單借款及保險費自動墊繳之本息後計算可轉換之保額。倘申請部份轉換者，要保人應先清償逾轉換前契約於轉換後所保留保額之最高可借款及保險費自動墊繳之金額，或本公司將扣除逾轉換前契約於轉換後所保留保額之最高可借款及保險費自動墊繳之本息後計算可轉換之保額。
- 轉換為健康險注意事項：本人已知悉轉換後之各項保險給付項目。
- 轉換為年金險注意事項：本人了解轉換後之各項保險給付項目，年金開始給付後除不能解約、保單借款或縮小保額，亦無壽險保障。
- 本人已於辦理轉換當時確實填寫健康告知書，若有告知不實而足以影響公司之風險評估，貴公司得以回復原契約，且不需負擔轉換後契約(保單)之理賠責任(轉換後商品如為年金保險契約者，不適用)。
- 本人已了解轉換前後商品包含保障期間、給付項目及預定利率等差異。

同意事項：同意 貴公司將本申請書相關文件由下述送件人/業務員交予要保人。(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。)

※本人(即要保人)業經貴公司提供上開保險契約條款樣張及充分了解聲明事項，並於本功能性契約轉換申請書暨重要事項確認聲明書親自簽名確認無誤。

業務員/送件人簽名：

身分證統一編號：

電話：

(送件人為業務員者免填身分證統一編號)

業務員登錄字號：

業務員代號：

※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，簽名後即表示要保人及被保險人已充分瞭解並同意本功能性契約轉換申請書暨重要事項確認聲明書內容。

要保人簽名：_____

要保人行動(連絡)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)

要保人身分證統一編號：_____ 生日：____年____月____日

招攬人員/送件人簽名：

保經/保代公司簽章

分行/分公司名稱/分行代號：

業務員登錄字號：

員工編號：

被保險人簽名：_____

被保險人行動(連絡)電話：

未成年者其法定代理人簽名：_____

(業務員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。)

(未滿七足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。)

※為確認您了解對您權益之影響，本公司將於轉換生效後以電話或到府拜訪方式與您再次聯繫確認！

方便電話要保人時間：□上午 9~12 時 □下午 12~18 時 □晚上 18~20 時

