南山人壽 Nan Shan Life

受理蓋章

契約變更/復效/保單補發申請書

【OIU 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】

保單號碼：_____

契約內容變更－A 類

申請日期：西元　　年　　月　　日

1. 地址/電話/Email 變更【倘變更後之地址/電話不在臺灣，請完成第二頁 FATCA/CRS 身分確認問卷】

提醒您：要保人及被保險人之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

※要保人聯絡地址(Correspondence Address)：

_____

※連絡地址電話：_____ (Country Code-Area Code-Telephone Number) (國碼-區碼-電話號碼)

行動電話：_____ (Country Code-Mobile phone Number) (國碼-電話號碼)

※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）

本公司將以此電子信箱住址寄送相關電子單據或通知

2. 受益人變更(Beneficiary)：**※身故受益人請「列名指定」，如未指定時，則按條款約定之順序及比例給付。**

保險金種類		姓名 Name of Beneficiary	身分證號碼/護照號碼 ID Card No. /Passport No.	出生日期/註冊設立日期 Date of Birth/ Registration date	與被保險人關係 Relationship to Insured	國籍 Nationality	分配方式	比例%/
身故保險金 Death Benefit	1						□按填寫順位 Order □比例%	____%
		受益人聯絡地址(Correspondence Address)						
	2							____%
		受益人聯絡地址(Correspondence Address)						

補充說明(倘身故受益人超過兩人，請於本欄位填寫保險金種類、姓名、身分證編號/護照號碼、生日、關係、國籍、受益人連絡地址及分配方式等：)

契約內容變更－B 類

3.要保人變更為：【請接續完成第二頁 FATCA/CRS 身分確認問卷】

【請同時變更要保人聯絡地址、連絡地址電話、行動電話、電子信箱等項目，若未同時填寫要保人聯絡地址，視為同原要保人聯絡地址】

【請檢附新要保人與被險人間具保險利益關係之證明文件。倘新要保人為法人，請檢附「遵循洗錢防制法之客戶身分辨識表(法人適用)」，並提供法人組織章程或類似之權力文件(如:「公司章程」、「信託契約」、「授權書」、「變更登記表」等)】

※本次辦理要保人變更者，請填寫契約變更保費資金來源(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_____

姓名：_____ (Name of Applicant)　**護照號碼/身分證號碼：**_____ (Passport No./ID Card No.)

國籍：_____ (Nationality)；**出生日期：西元**_____**年**_____**月**_____**日**； (Date of Birth)　**被保險人關係：**_____ (Relationship To Insured)

職業類別：_____ (Exact Duties (part (Time Job)　**職位：**_____ (Occupation Title)　**職業代碼：**_____

4. 要/被保險人更正出生日期/護照號碼/身分證編號或更改姓名為：【請檢具護照/身分證明文件】

【倘變更後國籍為非本國籍者，請接續完成第二頁 FATCA/CRS 身分確認問卷】

要保人 Applicant	姓名 Name		出生日期 Date of Birth	西元　年　月　日	護照號碼/身分證編號 Passport No./ID Card No.		國籍 Nationality	
被保險人 Insured	姓名 Name		出生日期 Date of Birth	西元　年　月　日	護照號碼/身分證編號 Passport No./ID Card No.		國籍 Nationality	

5.匯款帳號變更：

□年　金(限匯入**被保險人**帳戶) □增值回饋分享金/保單帳戶價值(限匯入**要保人**帳戶)	姓名(請填寫帳戶英文姓名)：
受款銀行國別(開戶地)：_____　銀行名稱/分行：_____	
國際銀行代號：_____　帳號：_____	

6. 被保險人職業變更：服務單位名稱(Name of Employer)_____職業代碼_____

職位(Occupation Title)_____工作內容(及兼職)(Exact Duties (part Time Job)_____

7. 繳法變更為：□年繳 □半年繳 □季繳 □月繳

8. 保障內容變更：主契約保額降低為：_____元整(請依保單幣別填寫金額)

LA551

<二頁之一>POS 12-2024

9. 年金：【非年金保險契約請勿填寫，如填寫亦不生效力】

◎☐申領年金：1.☐一次給付　2.☐分期給付

年金給付開始日變更為：西元＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

◎**贖回/提領部份保單(帳戶)價值/減少年金保單價值準備金**＿＿＿＿＿＿**元整**(請依保單幣別填寫贖回/減少金額)

10. 保險費的墊繳：☐同意　☐不同意

11. ☐保險單補發【請檢附工本費每份保單新臺幣 100 元】保單補(換)發後，原保單即予作廢，以補(換)發之保單為準。

12. ☐減額繳清保險 / ☐展期定期保險

13. ☐復　效【請於停效兩年內提出申請並檢附健康告知書(年金險可無需檢附)】【請接續完成第二頁 FATCA/CRS 身分確認問卷】

14. 增值回饋分享金【若依保單條款未有增值回饋分享金可選擇給付方式之約定，雖於本欄位勾選給付方式，仍不生效力。】

☐儲存生息　☐現金給付　☐購買增額繳清保險基本保額/保險金額　☐抵繳應繳保險費

15. 其他

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎本申請書內容經南山人壽保險公司同意後，視同已批註於保單上，若南山人壽保險公司未完全同意申請內容，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公司同意之部分為本次變更範圍，並視同已批註於保險單上。

◎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）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、護照/身分證統一編號、國籍、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 FATCA 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：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：您若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 FATCA/CRS 身分有改變者、變更要保人、辦理復效，請填寫下列問項： **【個人保戶請填寫第 1~3 題，法人保戶請直接填寫第 4~6 題。】**	是	否
1.請問您是否具有美國納稅義務人身分【詳閱注意事項-二之說明】？(倘是，請檢附 W-9 表格) **【請續填第 2~3 題】**	☐	☐
2.若您不具美國納稅義務人身分，請問您是否具有美國表徵【詳閱注意事項-三之說明】？(倘是，請檢附 W-8BEN 表格)	☐	☐
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？【詳閱注意事項-四之說明】(倘是，請檢附「自我證明文件(個人)」)	☐	☐
4.請問　貴公司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】**	☐	☐
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)」)	☐	☐
6.請問法人是否屬消極非金融機構實體(PassiveNFE)？(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)」)	☐	☐

➢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。

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。)

業務員/送件人簽名：

護照/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：

金融機構通路專用欄

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：

(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。)

※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

※本人已確實勾選並了解 FATCA/CRS 相關規範及權益

※要保人聲明：本人之個人基本資料，除本次申請所列項目外，其餘均無變更

※若姓名/簽名樣式有變更者，請簽署變更前後之姓名/簽名樣式

必填項目

要保人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

要保人護照/身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿生日：＿＿年＿＿月＿＿日

要保人行動(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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保險人行動(聯絡)電話：＿＿＿＿＿＿

法定代理人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(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。)

注　意　事　項

一、當要保人身分變更為『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」。

二、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)x1＋(去年在美國境內停留天數x1/3)＋前年美國境內停留天數x1/6)」≧183天。)

三、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「郵局暫時代替保管郵件」(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。

四、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，且無我國電話號碼；(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。

如欲查詢保單狀況，可至南山人壽企業網站(https://www.nanshanlife.com.tw)點選南山保戶園地或洽本公司：

台澎金馬地區可撥打免付費服務電話：0800-020-060　台澎金馬以外地區諮詢專線：+886-2-8752-2111(付費電話)

LA552