



受理日時： 年 月 日 時  
 受理編號：

## 終止契約申請書

保單號碼：           (限填一張保單號碼)

要保人： \_\_\_\_\_ 要保人身分證字號： \_\_\_\_\_

被保險人： \_\_\_\_\_ 連絡電話： \_\_\_\_\_

解約原因：經濟因素 資金調度需求 保障內容不符需求 已有同類型商品 利率/費率因素  
其他 \_\_\_\_\_

資金用途：購置不動產 子女教育經費 儲蓄 轉投保 投資股票或基金 其他 \_\_\_\_\_

### 終止保險契約與客戶權益相關之重要告知事項 (金管會 109 年 6 月 8 日金管保壽字第 1090492041 號函洽悉)

為維護您的權益，提醒您務必於終止保險契約前確認已詳閱並充分了解下列重要事項：

- 申請保險契約終止者，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。本公司所負之保險責任即行終止，日後若發生任何事故，本公司恕不負任何保險責任。
- 保險契約終止後，其所附加之各項有效附約將依您所勾選之方式處理。
- 保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。
- 若因故不便繳納保險費，可依個人規劃考慮辦理展期、繳清、自動墊繳保險費或保單借款。
- 保險契約終止後再投保新保單時，須承擔下列風險：
  - 重新履行告知義務：須對投保新契約當時的體況進行健康告知，契約終止後至再投保新保單前之期間，倘被保險人罹患疾病而未履行健康告知，將可能因違反告知義務致保險公司依保險法第 64 條解除契約。
  - 違反告知義務解除保險契約的除斥期間及健康險的等待期，都要從投保新契約之日起重新計算，再投保健康險之等待期重新計算期間，倘被保險人罹患疾病，恐將無法獲得理賠。
  - 再投保健康險前倘被保險人已罹患疾病，保險公司可能依保險法第 127 條主張不負給付相關保險金之責任。
  - 因重新投保時的年齡可能大於投保原契約時的年齡，保險費率可能也會相對提高，且可能因已超過新契約規定之投保年齡或身體健康因素而無法投保；或可能因為新舊契約保障範圍差異致無法獲得理賠等因素而影響您的保障權益。
  - 投資型保險商品並非保證獲利，保戶須自行承擔投資組合的損失風險。
- 投資型保險商品申請終止契約贖回帳戶價值時，其實際給付金額依契約條款之約定計算，有可能因投資標的淨值變動(外幣計價之投資標的，另有匯率變動的影響)而與您於申請終止契約當日或之前所查詢的金額有所差異，請特別注意。

本人已詳閱並瞭解上開說明 (請務必閱讀並勾選)

◎本保單所附加之各項有效附約，依下列方式處理(請勾選其一，未勾選或重覆勾選者，視為「一併終止」，無附加附約者免選。)

一併終止(若有未到期保險費則予以退還)

持續至該期已繳之附約保險費期滿後終止(無未到期保險費可退還)

本人茲此聲明，貴公司就本保險單所負之責任，自收到本終止契約申請書之時終止，本人所執有本保險單正本或其謄本併同作廢。日後本保險單正本或其謄本倘遭他人冒用或其他原因而涉及金錢、法律及任何糾紛時，概由本人自行全部承擔，與貴公司無涉。

退費處理方式請擇一填寫

1. 匯款給付：(請檢附存摺面頁影印本)

\_\_\_\_\_ 銀行/郵局 \_\_\_\_\_ 分行，帳號： \_\_\_\_\_

2.  支票給付：開立以要保人本人為抬頭之禁止背書轉讓支票 (限台幣保單)。

3. 轉投保新契約：(限轉同一要保人且需為同幣別保險單，並請檢附新契約要保書)

(1)  全額轉出

(2)  部分轉出，轉出金額： \_\_\_\_\_

餘額退費至： \_\_\_\_\_ 銀行/郵局 \_\_\_\_\_ 分行，帳號： \_\_\_\_\_

4. 轉單筆增額申購：(限轉同一要保人且為同幣別保險單，並請檢附「投資型商品契約內容(投資標的)異動申請書」)

(1)  全額轉出

(2)  部分轉出 單筆增額保單號碼： \_\_\_\_\_，轉出金額： \_\_\_\_\_

餘額退費至： \_\_\_\_\_ 銀行/郵局 \_\_\_\_\_ 分行，帳號： \_\_\_\_\_

### 注意事項：

◎原繳費方式為信用卡者，退還之未到期保費一律自原扣款之信用卡退費，不接受指定。

◎保單辦理解約將可能蒙受損失，請再次確認本次辦理之項目符合您的需求。

◎投資型保單連結之基金短線進出者，基金公司可能收取短線交易費用，相關內容可至合作金庫人壽官網→商品專區→標的專區→基金→基金資訊\_短線交易規定查詢相關內容。



**聲明事項：**

- ◎本人(即要保人)茲依據本保險單條款內有關【契約的終止】約定，申請終止上述保險契約之效力並給付解約金，解約金額為本契約保單價值準備金扣除解約費用之餘額。惟如有保單借款、自動墊繳本息及其他任何欠款，得先扣除後再行給付。
- ◎本人(受告知人)確認已收到、詳閱且瞭解合作金庫人壽履行個人資料保護法告知義務通知書(如申請書第二頁所示)，並同意貴公司依本人申請事項辦理。

此致 合作金庫人壽保險股份有限公司

要保人親簽：\_\_\_\_\_ 被保險人親簽：\_\_\_\_\_

(簽名樣式需與要保書一致，要/被保險人滿七歲或需親自簽名；要保人如為法人機構，請蓋對保章時之原留印鑑) (若要保人及被保險人為同一人時，可免簽)

法定代理人/監護人或輔助人親簽：\_\_\_\_\_ 填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

(要保人/被保險人未成年/為受監護或輔助宣告之人者) (為維護您的權益，請勿於空白的申請書上簽章)

營業單位填寫欄	保代/保經簽署欄	合作金庫人壽審查欄
送件單位： 銀行 分行 分行連線代號： 保險業務員親自簽名： 登錄字號： 連絡電話： 主管覆核：		<input type="checkbox"/> 已核對簽名無誤。  經辦人員：

業務員倘同意接受要保人委任代為處理上述事宜，應確認要保人/被保險人/法定代理人身分並親視簽名無誤。 TPOSM003號 002S 112.01

◎郵寄辦理之案件，請將此申請書及保險單正本、身分證影本、存摺面頁影本一併檢附辦理。

**合作金庫人壽履行個人資料保護法告知義務通知書**

合作金庫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)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

**一、蒐集之目的：**

- (一)人身保險(001)。
- (二)行銷(040)。
- (三)保戶、客戶管理與服務。
- (四)調查、統計與研究分析(157)。
- (五)金融服務業依法令規定及金融監理需要(包括但不限於執行洗錢防制作業及配合全球打擊恐怖份子調查等目的)，所為之蒐集處理及利用。
- (六)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)。

**二、蒐集之個人資料類別：**

姓名、出生年月日、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等，詳如相關業務申請書或契約書內容。

**三、個人資料之來源(經本公司間接取得之個人資料者適用)：**

- (一)要保人。(二)當事人之法定代理人、輔助人。(三)各醫療院所。
- (四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

**四、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：本公司及母公司(合作金庫金融控股股份有限公司、法商法國巴黎保險控股公司)、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、臺灣票據交換所、財金資訊股份有限公司、業務委外機構、與本公司有再保、合作推廣等業務往來之公司、海外急難救助公司及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。

**五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端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、電子郵件、傳真、電子文件。

**六、台端不提供個人資料所致權益之影響：**

台端若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，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。