

# 臺銀人壽保險股份有限公司

附表 1

## 功能性契約轉換前後利益比較暨權益說明書

保單號碼：

項 目	原主契約	轉換後新契約
險種名稱		
預定利率		
繳費年期		
保險始期		
保險金額		
保險期間		
保 險 費		
保險給付項目		

準備金：

需補繳準備金差額：

### 注意事項：

1. 本比較表須由要（被）保險人親自填寫轉換申請書，並提出申請，上表所列轉換後契約內容之各項退補金額僅供參考，請以實際辦理當時為準。
2. 如要保人與被保險人非屬同一人，不論係功能性契約轉換或轉換後回復原契約，均須經要保人及被保險人書面同意始得申請。
3. 本比較表所列之各項金額可能因試算日／填寫日／列印日不同或保險費繳納情形、保險單年度、其他契約變更等因素而變動，故本表內容僅供參考，實際契約內容以臺銀人壽保單資料為準。
4. 若上述契約有保險費折扣或其他增減情形者，將自轉換後下期應繳保險費調整。
5. 申請本項契約轉換時，應先詳閱下列相關文件：
  - (1) 本公司契約轉換申請文件或網站上相關揭露事項說明。
  - (2) 轉換後之契約條款。
  - (3) 轉換後之各項保險給付項目、醫療保障明細表等說明文件。
6. 契約轉換時原契約如有欠繳保險費（含自動墊繳保險費）或保單借款本息未還清者，應先清償全部欠繳款項。
7. 契約轉換為健康險後，若以責任準備金做為退補基準者，健康險無解約金且不得辦理保單借款。

要 保 人 簽 章：

被保險人簽章：

（應由本人依保單最後登載之簽章方式親自簽章，您的簽名即表示您已充分瞭解並同意本權益說明書內容，未滿 7 足歲或受監護宣告者，由法定代理人（監護人）代簽；7 歲（含）以上未成年者，由本人親自簽章）

法定代理人簽章：

申 請 日 期：民國 年 月 日

（與要保人或被保險人關係：，要／被保險人未成年或受監護宣告者，需其法定代理人（監護人）簽章）

業務人員簽名：業務人員 ID：服務單位：