



Công ty Cổ phần Bảo hiểm Phi  
nhân thọ Hoa Nam (South China  
Insurance Co., Ltd.)  
(華南產物保險股份有限公司)  
SOUTH CHINA INSURANCE CO., LTD.

Trụ sở chính (總公司): Tầng 5, số 560, đoạn 4, đường  
Trung Hiếu Đông, thành phố Đài Bắc. (台北市忠孝  
東路四段 560 號 5 樓)  
Điện thoại (電話): (02) 2756-2200 (Số đại diện) (代  
表號)  
Website (網址): <https://www.south-china.com.tw>

Phiên bản 11/2024  
(113.11 版)

ĐƠN ĐĂNG KÝ THAY ĐỔI NỘI DUNG HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM  
(保險契約內容變更申請書)

Nay xin đăng ký thay đổi nội dung Hợp đồng bảo hiểm dưới đây, và đồng ý rằng việc thay đổi Hợp đồng này chỉ có hiệu lực sau khi được Công ty chúng tôi phê duyệt thông qua.  
(茲申請下列保險契約內容變更, 並同意本契約之變更自本公司審核通過後始得生效。)

Số Đơn bảo hiểm (保單號碼)	Số Đơn sửa đổi bổ sung (批單號碼)	Bên mua bảo hiểm (要保人)	Người được bảo hiểm (被保險人)
---------------------------	----------------------------------	---------------------------	-------------------------------

Đơn đăng ký này sau khi được Quý Công ty đồng ý ký tên, đóng dấu sẽ cấu thành một phần của Hợp đồng gốc, nội dung thay đổi của Hợp đồng như sau:

(本申請書經 貴公司同意簽章後構成原契約之一部份, 其契約內容變更如下)

1	Thay đổi thông tin Bên mua bảo hiểm (要保人資料變更) (Chi tiết xem Hướng dẫn điền 1, 2) (詳填寫說明 1、2)	Họ tên (姓名): _____, quan hệ với Người được bảo hiểm (與被保險人關係): <input type="checkbox"/> Bản thân (本人) <input type="checkbox"/> Vợ/chồng (配偶) <input type="checkbox"/> Cha mẹ (父母) <input type="checkbox"/> Con cái (子女) <input type="checkbox"/> Khác (其他) _____ Số CMT (Mã số thuế) (身分證字號(統一編號)): _____, ngày sinh (出生日期): Ngày ____ tháng ____ năm ____ (____年____月____日), Người đại diện pháp luật (法人代表人): _____ Địa chỉ hộ khẩu thường trú (戶籍地址) □□□ _____ Địa chỉ liên lạc (聯絡地址) □□□ _____ Điện thoại (電話): (Nhà) (住家) _____ (Công ty) (公司) _____ (Di động) (手機) _____																				
2	Thay đổi thông tin Người được bảo hiểm (被保險人資料變更) (Chi tiết xem Hướng dẫn điền 2) (詳填寫說明 2)	Họ tên (姓名): _____, Số CMT (身分證字號): _____, ngày sinh (出生日期): Ngày ____ tháng ____ năm ____ (____年____月____日) Địa chỉ hộ khẩu thường trú (戶籍地址) □□□ _____ Địa chỉ liên lạc (聯絡地址) □□□ _____ Điện thoại (電話): (Nhà) (住家) _____ (Công ty) (公司) _____ (Di động) (手機) _____ Cơ quan công tác (服務機構): _____ Chức vụ (職稱): _____ Nội dung công việc (工作內容): _____																				
3	Thay đổi thông tin Người thụ hưởng quyền lợi tử vong (身故受益人資料變更) (Chi tiết xem Hướng dẫn điền 3) (詳填寫說明 3)	<table><thead><tr><th>Họ tên (姓名)</th><th>Số CMT (身分證字號)</th><th>Quan hệ với Người được bảo hiểm (與被保險人關係)</th><th>Phương thức phân bổ (Chi tiết xem Hướng dẫn điền 4) (分配方式 (詳填寫說明 4))</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> Chia đều (均分) <input type="checkbox"/> Thứ tự ưu tiên 1 (順位 1) <input type="checkbox"/> Tỷ lệ (比例) ____%</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> Chia đều (均分) <input type="checkbox"/> Thứ tự ưu tiên 2 (順位 2) <input type="checkbox"/> Tỷ lệ (比例) ____%</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> Chia đều (均分) <input type="checkbox"/> Thứ tự ưu tiên 3 (順位 3) <input type="checkbox"/> Tỷ lệ (比例) ____%</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> Chia đều (均分) <input type="checkbox"/> Thứ tự ưu tiên 4 (順位 4) <input type="checkbox"/> Tỷ lệ (比例) ____%</td></tr></tbody></table> <p>Trường hợp không chỉ định vợ/chồng, người thân trực hệ hoặc người thừa kế hợp pháp, vui lòng nêu rõ lý do chỉ định (非指定配偶、直系親屬、或法定繼承人, 請說明指定原因): _____</p> <p>Địa chỉ liên lạc của Người thụ hưởng quyền lợi tử vong (身故受益人聯絡地址): _____ Điện thoại (電話): _____</p> <p>* Nếu Người thụ hưởng quyền lợi tử vong được chỉ định theo tư cách/danh tính và Bên mua bảo hiểm không đồng ý điền địa chỉ và điện thoại liên lạc của Người thụ hưởng, sẽ sử dụng thông tin liên lạc cuối cùng của Bên mua bảo hiểm làm căn cứ thông báo cho Người thụ hưởng quyền lợi tử vong sau này. (身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形, 則以要保人最後所留之聯絡方式, 作為日後身故保險金受益人之通知依據。)</p>	Họ tên (姓名)	Số CMT (身分證字號)	Quan hệ với Người được bảo hiểm (與被保險人關係)	Phương thức phân bổ (Chi tiết xem Hướng dẫn điền 4) (分配方式 (詳填寫說明 4))				<input type="checkbox"/> Chia đều (均分) <input type="checkbox"/> Thứ tự ưu tiên 1 (順位 1) <input type="checkbox"/> Tỷ lệ (比例) ____%				<input type="checkbox"/> Chia đều (均分) <input type="checkbox"/> Thứ tự ưu tiên 2 (順位 2) <input type="checkbox"/> Tỷ lệ (比例) ____%				<input type="checkbox"/> Chia đều (均分) <input type="checkbox"/> Thứ tự ưu tiên 3 (順位 3) <input type="checkbox"/> Tỷ lệ (比例) ____%				<input type="checkbox"/> Chia đều (均分) <input type="checkbox"/> Thứ tự ưu tiên 4 (順位 4) <input type="checkbox"/> Tỷ lệ (比例) ____%
Họ tên (姓名)	Số CMT (身分證字號)	Quan hệ với Người được bảo hiểm (與被保險人關係)	Phương thức phân bổ (Chi tiết xem Hướng dẫn điền 4) (分配方式 (詳填寫說明 4))																			
			<input type="checkbox"/> Chia đều (均分) <input type="checkbox"/> Thứ tự ưu tiên 1 (順位 1) <input type="checkbox"/> Tỷ lệ (比例) ____%																			
			<input type="checkbox"/> Chia đều (均分) <input type="checkbox"/> Thứ tự ưu tiên 2 (順位 2) <input type="checkbox"/> Tỷ lệ (比例) ____%																			
			<input type="checkbox"/> Chia đều (均分) <input type="checkbox"/> Thứ tự ưu tiên 3 (順位 3) <input type="checkbox"/> Tỷ lệ (比例) ____%																			
			<input type="checkbox"/> Chia đều (均分) <input type="checkbox"/> Thứ tự ưu tiên 4 (順位 4) <input type="checkbox"/> Tỷ lệ (比例) ____%																			
4	Thay đổi hình thức Đơn bảo hiểm (保單性質變更)	<input type="checkbox"/> Đơn bảo hiểm bản giấy (紙本實體保單) <input type="checkbox"/> Đơn bảo hiểm bản điện tử (電子保單) <input type="checkbox"/> Thay đổi Email (電子郵件變更) (trường hợp đăng ký Đơn bảo hiểm bản điện tử hoặc thay đổi Email, vui lòng điền tiếp E-mail) (申請電子保單或電子郵件變更者, 請續填 E-mail)																				



**Công ty Cổ phần Bảo hiểm Phi nhân thọ Hoa Nam (South China Insurance Co., Ltd.)**  
**(華南產物保險股份有限公司)**  
**SOUTH CHINA INSURANCE CO., LTD.**

Trụ sở chính (總公司): Tầng 5, số 560, đoạn 4, đường Trung Hiếu Đông, thành phố Đài Bắc. (台北市忠孝東路四段 560 號 5 樓)  
Điện thoại (電話): (02) 2756-2200 (Số đại diện) (代表號)  
Website (網址): <https://www.south-china.com.tw>

		E-mail: _____
5	Tái tục tự động (自動續保)	<input type="checkbox"/> Hủy bỏ tái tục tự động (取消自動續保) <input type="checkbox"/> Đồng ý tái tục tự động (同意自動續保)
6	Thay đổi phương thức ký tên, đóng dấu (簽章方式變更)	<input type="checkbox"/> Bên mua bảo hiểm (要保人) <input type="checkbox"/> Người được bảo hiểm (被保險人) (Khi đăng ký thay đổi phương thức ký tên/dóng dấu, vui lòng ký, đóng dấu cả mẫu chữ ký/con dấu mới và cũ vào cột chữ ký) (申請變更簽章方式, 請於簽名欄位中簽上新/舊簽章)
7	Khai báo sức khỏe (健康告知)	<input type="checkbox"/> Thay đổi đối tượng dưới chuẩn (變更次標準體)/Hủy bỏ đối tượng dưới chuẩn (取消次標準體) / Khai báo bổ sung (補充告知事項) (Vui lòng điền Bản tuyên bố sức khỏe của Người được bảo hiểm) (請填寫被保險人健康聲明書)
8	Chấm dứt / Hủy bỏ Hợp đồng (契約終止/撤銷)	<input type="checkbox"/> Hủy bỏ Hợp đồng (Vô hiệu ngay từ đầu) (契約撤銷 (自始無效)) <input type="checkbox"/> Chấm dứt Hợp đồng (ngày chấm dứt: ngày tháng năm ) (Trường hợp yêu cầu hủy bỏ hoặc chấm dứt Hợp đồng, vui lòng đính kèm Đơn bảo hiểm) (契約終止 (終止日 年 月 日) (申請契約撤銷及契約終止者請一併附上保險單))  Phương thức hoàn phí (退費方式): (Khi Bên mua và Người được bảo hiểm không phải là một, đối tượng hoàn phí sẽ ưu tiên Bên mua bảo hiểm) (要保人與被保險人非同一人時, 退費對象以要保人為主) (Chi tiết xem Hướng dẫn điền 5) (詳填寫說明 5)  <input type="checkbox"/> Chuyển khoản (匯款): Ngân hàng/Bưu điện (銀行/郵局): _____, Chi nhánh (分行/分局): _____, số tài khoản (帳號): _____  <input type="checkbox"/> Tiền mặt (現金) (phải khấu trừ 0,4% thuế tem) (需代扣千分之四印花稅): Vui lòng mang theo CMT, con dấu của Bên mua bảo hiểm (và người đại diện) đến (請攜帶要保人(及代理人)身份證、印章至) <input type="checkbox"/> Tổng Công ty (總公司) <input type="checkbox"/> Chi nhánh _____ nhận (分公司領取)  <input type="checkbox"/> Khấu trừ đối ứng, Số đơn bảo hiểm/Đơn sửa đổi bổ sung khấu trừ (抵繳, 抵繳保批單號碼): _____ (Phải trùng khớp với Bên mua bảo hiểm) (需與要保人相同)  Người liên lạc (聯絡人): _____ Điện thoại (電話): _____  <b>(BẢN CAM KẾT MẤT GIẤY TỜ BẢO HIỂM)</b> <b>(【保險文件遺失聲明書】)</b> Tôi (Công ty chúng tôi) là <input type="checkbox"/> Bên mua bảo hiểm <input type="checkbox"/> Người được bảo hiểm, nay đề nghị Quý công ty <input type="checkbox"/> Hủy bỏ hợp đồng <input type="checkbox"/> Chấm dứt hợp đồng, tuy nhiên do bản chính (bản sao) Đơn bảo hiểm và biên lai bản chính (bản sao) không may bị thất lạc nên không thể nộp lại. Tôi xin tuyên bố các giấy tờ trên không còn giá trị, nếu sau này có bất kỳ vấn đề nào liên quan đến quyền lợi bảo hiểm và tranh chấp pháp lý do việc thất lạc gây ra, người làm đơn xin chịu hoàn toàn trách nhiệm, không liên quan đến Quý công ty. Kính gửi: Công ty Cổ phần Bảo hiểm Phi nhân thọ Hoa Nam (本人(本公司)為 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人, 今向貴公司提出 <input type="checkbox"/> 契約撤銷 <input type="checkbox"/> 契約終止, 惟該保險單正本(副本), 收據正本(副本)不慎遺失, 無法繳回, 謹向 貴公司聲明作廢, 嗣後如有因遺失涉及保險效益及法律糾紛問題, 立書人願負擔全部責任, 概與 貴公司無關。 此致 華南產物保險股份有限公司)  Người làm đơn (立書人): _____
9	Khác(其他)	

**(Thông báo bằng văn bản về nội dung quan trọng về việc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và quyền lợi của khách hàng)**  
**(【終止保險契約與客戶權益相關之重要事項書面告知】)**

Để bảo vệ quyền lợi của Quý khách, xin lưu ý Quý khách nhất định phải xác nhận đã đọc kỹ và hiểu rõ các nội dung quan trọng dưới đây trước khi chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm:

(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)

- Việc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực kể từ thời điểm Công ty chúng tôi nhận được thông báo bằng văn bản của Bên mua bảo hiểm. Trách nhiệm bảo hiểm của Công ty chúng tôi chấm dứt ngay lập tức, Công ty không chịu trách nhiệm cho bất kỳ sự kiện bảo hiểm nào phát sinh sau đó.  
(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。)
- Khi chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, có thể không nhận lại được toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng.  
(保險契約終止時, 可能無法全額領回已繳保險費。)
- Khi tham gia Đơn bảo hiểm mới sau khi chấm dứt Hợp đồng cũ, phải gánh chịu các rủi ro sau:  
(保險契約終止後再投保新保單時, 須承擔下列風險)

(1) Thực hiện lại nghĩa vụ cung cấp thông tin: Phải khai báo tình trạng sức khỏe tại thời điểm tham gia hợp đồng mới. Trong khoảng thời gian từ khi chấm dứt hợp đồng cho đến trước khi tham gia Đơn bảo hiểm mới, nếu Người được bảo hiểm mắc bệnh mà không thực hiện khai báo tình trạng sức khỏe, Công ty bảo hiểm có thể căn cứ theo Điều 64 Luật



**Công ty Cổ phần Bảo hiểm Phi nhân thọ Hoa Nam (South China Insurance Co., Ltd.)**  
**(華南產物保險股份有限公司)**  
**SOUTH CHINA INSURANCE CO., LTD.**

Trụ sở chính (總公司): Tầng 5, số 560, đoạn 4, đường Trung Hiếu Đông, thành phố Đài Bắc. (台北市忠孝東路四段 560 號 5 樓)  
Điện thoại (電話): (02) 2756-2200 (Số đại diện) (代表號)  
Website (網址): <https://www.south-china.com.tw>

**Bảo hiểm để hủy bỏ hợp đồng do vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin.**  
(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。)

**(2) Thời hạn loại trừ quyền hủy bỏ hợp đồng do vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin và thời gian chờ của bảo hiểm sức khỏe đều phải tính lại kể từ ngày tham gia Hợp đồng mới. Nếu Người được bảo hiểm mắc bệnh trong thời gian tính lại thời gian chờ của bảo hiểm sức khỏe mới, e rằng sẽ không được nhận bồi thường.**  
(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。)

**(3) Độ tuổi tại thời điểm tham gia bảo hiểm lại có thể lớn hơn độ tuổi khi tham gia hợp đồng gốc, tỷ lệ phí bảo hiểm có thể sẽ tăng lên tương ứng, đồng thời có thể không thể tham gia bảo hiểm do đã vượt quá giới hạn độ tuổi quy định của Hợp đồng mới hoặc do các nhân tố về sức khỏe; hoặc có thể không được nhận bồi thường do sự khác biệt về phạm vi bảo hiểm giữa Hợp đồng cũ và Hợp đồng mới, từ đó gây ảnh hưởng đến quyền lợi bảo hiểm của Quý khách.**  
(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。)

**(4) Nếu Người được bảo hiểm đã mắc bệnh trước khi tham gia lại bảo hiểm sức khỏe, Công ty bảo hiểm có thể căn cứ theo Điều 127 Luật Bảo hiểm để khẳng định không chịu trách nhiệm chi trả các khoản tiền bảo hiểm liên quan.**  
(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。)

(Hướng dẫn điền)  
【填寫說明】

1. Khi đăng ký thay đổi Bên mua bảo hiểm, ngoài việc phải có sự đồng ý và chữ ký của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm mới và cũ cũng phải đồng thời ký tên.  
(申請變更要保人, 除須取得被保險人同意並簽名外, 新舊要保人亦須同時簽名。)
2. Trường hợp đăng ký thay đổi họ tên, tuổi hoặc số định danh cá nhân (số CMT), vui lòng đính kèm bản sao CMT hoặc bản sao Sổ hộ khẩu.  
(申請變更姓名、年齡或身分證統一編號者, 請檢附身分證影本或戶口名簿影本。)
3. Trường hợp đăng ký thay đổi người thụ hưởng, vui lòng ghi rõ mối quan hệ giữa Người thụ hưởng được thay đổi và Người được bảo hiểm, đồng thời phải có sự đồng ý và chữ ký của Người được bảo hiểm.  
(申請變更受益人, 請載明變更後受益人與被保險人之關係, 並應取得被保險人同意並簽名。)
4. Nếu người thụ hưởng được phân bổ theo tỷ lệ hoặc theo thứ tự ưu tiên, vui lòng ghi rõ tỷ lệ phân bổ hoặc thứ tự ưu tiên tương ứng cho mỗi người; nếu không chọn đánh dấu phương pháp phân bổ, Công ty chúng tôi sẽ mặc định thụ hưởng theo hình thức chia đều, nếu không đủ cột trống để điền, vui lòng điền rõ các cột khác.  
(受益人如按比例分配或順位分配時, 請註明各受益人所分配之比例或順位; 若未勾選分配方式, 本公司將推定為以均分方式受益, 如欄位不足填寫時, 請於其他欄位填寫清楚。)
5. Khi đăng ký chấm dứt/hủy bỏ hợp đồng, nếu phương thức hoàn phí là chuyển khoản, để tránh nhập sai số tài khoản hoặc thông tin không rõ ràng, nên cung cấp bản sao số tài khoản ngân hàng.  
(申請契約終止/撤銷, 退費方式若為匯款, 為避免帳號誤植或填寫不清, 建議提供存摺影本。)
6. Đơn đăng ký này là một bộ phận cấu thành của Hợp đồng bảo hiểm. Tất cả thông tin kê khai và cung cấp phải được điền bằng chữ in hoa.  
(本申請書係保險契約的構成部份, 各項資料之填寫及告知請以正楷填寫。)
7. Trường hợp có gạch sửa khi điền Đơn đăng ký này, vui lòng ký tên vào phần gạch sửa, trường hợp không có chữ ký xác nhận, vui lòng điền lại Đơn đăng ký mới để làm thủ tục.  
(本申請書填寫時如有塗改時, 請於塗改處簽名, 如未簽名者, 請重新填寫申請書辦理。)

Tôi đồng ý cung cấp các thông tin ghi trong Đơn đăng ký thay đổi này cho Công ty Cổ phần Bảo hiểm Phi nhân thọ Hoa Nam để chuyển tới Hiệp hội Bảo hiểm Phi nhân thọ nhằm thiết lập cơ sở dữ liệu máy tính, làm tài liệu tham khảo thẩm định cho các công ty bảo hiểm phi nhân thọ hoặc bảo hiểm nhân thọ khác khi các đơn vị này tiếp nhận hồ sơ tham gia bảo hiểm của tôi. Tuy nhiên, các Công ty bảo hiểm phi nhân thọ và nhân thọ khác vẫn phải dựa trên tiêu chuẩn thẩm định riêng của mình để quyết định có chấp thuận bảo hiểm hay không, không được chỉ dùng thông tin này làm căn cứ duy nhất để quyết định việc chấp thuận bảo hiểm.  
(本人同意變更申請書上載資料提供華南產物保險股份有限公司轉送產險公會建立電腦資料作為其他產險或人壽保險公司受理本人投保時之核保參考, 但其他產、壽險公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保, 不得僅以此資料作為承保與否之依據。)

Bên mua bảo hiểm cũ (原要保人): \_\_\_\_\_ (Ký trực tiếp) (親簽)  
Bên mua bảo hiểm mới (新要保人): \_\_\_\_\_ (Ký trực tiếp) (親簽)  
Người được bảo hiểm (被保險人): \_\_\_\_\_ (Ký trực tiếp) (親簽)  
Người đại diện pháp luật (法定代理人): \_\_\_\_\_ (Ký trực tiếp) (親簽) Ngày đăng ký ((申請日期)): Ngày(年) \_\_\_\_ tháng(月) \_\_\_\_ năm(日) \_\_\_\_

(Trường hợp người chưa đủ 7 tuổi, người đại diện pháp luật ký thay; trường hợp người trên (kể cả) 7 tuổi, thì tự mình ký tên. Trường hợp Bên mua/Người được bảo hiểm là trẻ vị thành niên, thì phải có chữ ký của người đại diện pháp luật.)  
(未滿 7 足歲者, 由法定代理人代為簽名; 7 足歲(含)以上者, 請由本人親自簽名。要/被保險人未成年者需由法定代理人簽名。)

Thẩm định bảo hiểm (核保)	Nhập liệu (輸入)	Nhân viên tư vấn ký trực tiếp (招攬人員親簽)	Số chứng chỉ hành nghề của nhân viên tư vấn (招攬人員登錄證字號)	Công ty Môi giới/đại lý ký tên đóng dấu (保經代公司簽章)	Người thực hiện (經手人)