



傷害險批改申請書

申請日期： 年 月 日

保單號碼	批單號碼 由保險公司填寫	批單保險費 由保險公司填寫
要保單位/要保人	被保險人	
保險期間	年 月 日 午夜 12 時至	年 月 日 午夜 12 時止
批改有效期間	年 月 日 午夜 12 時至	年 月 日 午夜 12 時止

申請批改事項

變更要保單位/要保人為 _____ 身分證字號/統編： _____
 負責人： _____ 身分證字號： _____ 國籍： _____ 出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 與被保險人關係 本人 配偶 父母 子女 其他 _____

變更地址： _____
 聯絡電話： _____ 手機： _____

變更被保險人職業：服務單位 _____ 職稱 _____
 工作性質 _____ 兼職 _____

變更身故保險金受益人： 法定繼承人（其順位及應得保險金比例適用民法繼承篇相關規定）
 指定受益人（受益人超過 1 人時請詳述保險金分配及順序方式，若無註明則以均分辦理）

姓名	身分證字號	與被保險人關係	國籍	均分	順位	比例	聯絡電話	聯絡地址

受益人如非被保險人之父母、配偶、子女，請說明原因： _____
 ※身故保險金受益人如係身分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。

註銷（契約自始無效）
 退保解約
 補發保單
 續期繳費方式變更（ 現金 信用卡）※變更信用卡者請另填保費繳納暨刷卡授權書
 其他： _____

退費方式

支票退費，支票寄送地址： _____

電匯，（請提供要保人匯款帳戶封面影本）戶名： _____
 匯款銀行/農會/郵局： _____ 銀行 _____ 分行 _____
 帳號： _____

抵繳，單號： _____

【要/被保險人聲明事項】

1、本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。

2、本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理、利用或國際傳輸之權利。

法人蓋大小章 要保人簽名：	被保險人簽名：	法定代理人簽名/關係：
<small>（變更要保人須新、舊要保人同時簽名）</small>		<small>（要/被保險人未成年者需其法定代理人簽名）</small>

核保	初核/輸入	服務人員	招攬人員填寫欄			保經、代公司簽章
			單位	登錄字號	招攬人員簽名	
			業務來源(代號)：			