



三井住友海上集團

明台產物保險股份有限公司

保險契約變更申請書

※請於申請變更項目打「✓」

批單號碼				保單號碼				
要保人				被保險人				
本申請書經 貴公司同意簽章後構成原契約之一部份，自民國_____年_____月_____日起辦理。其契約內容變更如下：								
<input type="checkbox"/> 要保人變更	姓名	身分證統一編號		出生年月日	要被保險人關係			
<input type="checkbox"/> 被保險人資料變更	姓名	身分證統一編號		出生年月日				
<input type="checkbox"/> 住 所(通訊地址)	□□□□□							
<input type="checkbox"/> 被保險人職業	(請詳述工作性質、內容及職稱)							
<input type="checkbox"/> 身故受益人 (請務必詳填，倘欄位不足，請於其他欄填寫。)	姓名	身分證統一編號	與被保險人之關係		保險金給付方式			
					受益人順位	比例%		
	地址：		電話：					
	※受益人指定為法定繼承人者，其受益順位或應得保險金比例未為填載時，適用民法繼承編相關規定。 ※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，做為日後身故保險金受益人之通知依據。							
<input type="checkbox"/> 原保險期間變更	原保險期間自_____年_____月_____日_____時起至_____年_____月_____日_____時止。 保險期間應予延長(縮短)至_____年_____月_____日止。增減天數：_____							
<input type="checkbox"/> 被保險人名冊變更	<input type="checkbox"/> 增加人數：_____人 <input type="checkbox"/> 減少人數：_____人							
<input type="checkbox"/> 遺失證件聲明	因 <input type="checkbox"/> 保險單 <input type="checkbox"/> 收據 <input type="checkbox"/> 團險保險證 不慎遺失，特此聲明作廢。						要保人簽章	
<input type="checkbox"/> 補發單據	原 <input type="checkbox"/> 保險單 <input type="checkbox"/> 收據 <input type="checkbox"/> 團險保險證 業已遺失，特申請補發，倘日後發現原單據，應予作廢，併此聲明。							
<input type="checkbox"/> 註銷 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 補充告知 (請檢具健康聲明書、體檢報告、病歷摘要、診斷證明書...等相關文件申辦)								
變更事項說明	<input type="checkbox"/> 其它：						簽署人：	
	上開批改事項請核發批單憑執為禱。							
應加/應減(退)保費：NT \$ _____							核保：	
本人同意批改申請書上所載資料提供明台產物保險股份有限公司轉送產壽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頭投保時之核保參考，但其他產、壽險公司仍應依其本身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。								
要保人簽章：			被保險人簽章：					
電話：			電話：					
經手人代號：	業務員：		服務人：		輸入：			

退保費支付方式申請表

保單號碼：

批單號碼：

被保險人：

聯絡電話：

要保人： (同上)

聯絡電話：

請 貴保戶勾選下列退費支付方式及填寫聯絡電話，填妥資料及簽章後，本公司即以最迅速之方式為您進行退保費服務。(有□空格標示處，請務必填寫。)

<input type="checkbox"/> 1. 匯款 (依法須按退保費金額代扣千分之四印花稅)			
退保費匯款給付同意書			
本人(公司)同意本次之退保費撥匯下列行庫存款帳戶(請附存摺影本，或銀行別及帳號請務必填寫正確)			
存款	銀行		分行
帳戶	銀行金資代碼(7碼)		
戶名	(限要保人)		帳 號
<input type="checkbox"/> 2. 支票 領取方式： <input type="checkbox"/> 郵寄地址：□□□□□ <input type="checkbox"/> 保戶親領			申請人簽章：
<input type="checkbox"/> 3. 現金 (依法須按退保費金額代扣千分之四印花稅)			
<input type="checkbox"/> 4. 分公司代付 轉 分公司付款(並請勾選退保費支付方式)			
<input type="checkbox"/> 5. 抵繳 _____ 險 保單號碼 _____			

覆核

經辦

中華民國

年

月

日

(1-6-27)104.09.12T(R)