



保險契約內容變更申請書

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，其契約內容變更如下：					
1	要保人變更 (詳填寫說明 1)	新要保人姓名：_____，出生日期：_____年_____月_____日， 身分證字號：_____，與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____			
2	基本資料變更 (詳填寫說明 2)	變更項目	身分證號碼	姓名	出生日期
		<input type="checkbox"/> 要保人基本資料			年 月 日
		<input type="checkbox"/> 被保險人基本資料			年 月 日
3	要保人及被保 險人地址、電 話變更	<input type="checkbox"/> 要保人	戶籍地址□□□□_____		
			聯絡地址□□□□_____		
		電話(住家)_____ (公司)_____ (手機)_____			
		<input type="checkbox"/> 被保險人	戶籍地址□□□□_____		
聯絡地址□□□□_____					
電話(住家)_____ (公司)_____ (手機)_____					
4	身故保險金 受益人變更 【非指定配偶、直系親 屬、或法定繼承人(且 其順位及應得比例適 用民法繼承編相關規 定)，請說明指定原因】 (詳填寫說明 3)	姓名	身分證字號	與被保險人關係	分配方式 (詳填寫說明 4)
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 1 <input type="checkbox"/> 比例_____%
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 2 <input type="checkbox"/> 比例_____%
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 3 <input type="checkbox"/> 比例_____%
				<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 4 <input type="checkbox"/> 比例_____%	
5	變更身故受益人 聯絡地址、電話	變更身故受益人聯絡地址：_____電話：_____			
* 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。					
6	職業變更	服務機構_____	營業類別_____	職位_____	
		工作內容_____	職業代碼(由華南產物填寫)_____		
7	簽章方式變更	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 (申請變更簽章方式，請於簽名欄位中簽上新/舊簽章)			
8	<input type="checkbox"/> 變更次標準體 / 取消次標準體 / 補充告知事項 (請填寫被保險人健康聲明書)				
9	<input type="checkbox"/> 新契約取消投保 <input type="checkbox"/> 契約撤銷 (自始無效) <input type="checkbox"/> 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)				
10	其他				
填寫說明	1.要保人變更應注意事項：a.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； b.變更要保人致聯絡地址或戶籍地址有所異動時，請同時載明。				
	2.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.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.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.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。				
	6.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。				
本人同意變更申請書上所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。					
原要保人：_____ (親簽) 新要保人：_____ (親簽)					
被保險人：_____ (親簽) 法定代理人：_____ (親簽) 申請日期：_____年_____月_____日 (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/被保險人未滿 20 足歲者需由法定代理人簽名。)					
核保：		經辦人員：	經手人：	保經代簽署人/業務員簽章：	

退費方式：(要保人與被保險人非同一人時，退費對象以要保人為主，以支票支付者禁止背書轉讓)

匯款：

銀行/郵局 _____ 分行/分局 _____，帳號：_____

支票郵寄：

地 址：□□□□□□

支票親領：至本公司之總公司/_____分公司

現金：核退保費應扣除千分之四印花稅(請攜帶要保人(及代理人)身份證、印章至總/分公司臨櫃領取)

抵繳：抵繳保批單號碼：_____ (需與要保人相同)

*聯絡人：_____ 聯絡電話：_____ (此欄請務必填寫完整，若無法順利將款項退還給您，以便盡速聯絡。)