



中國信託金控

台壽保產險

有關本公司公開資訊，請見本公司網址：[www.tlg-insurance.com](http://www.tlg-insurance.com)

免付費服務(申請)專線 0800-075-777

## 傷害險、健康險批改申請書

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
批改有效期間	年	月	日午夜12時至	年	月

申請 批 改 事 項	<input type="checkbox"/> 變更要保單位/要保人為_____ 身分證字號/統編：_____
	要保單位之負責人：_____ 出生日期：_____年_____月_____日
	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_____ (新、舊要保人及被保險人須同時簽名)
	<input type="checkbox"/> 變更地址： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	聯絡電話：_____ 手機：_____
	<input type="checkbox"/> 變更被保險人職業：服務單位_____ 職稱_____
	工作性質_____ 兼職_____
	<input type="checkbox"/> 變更身故保險金受益人：(健康險不適用)
	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名：_____ 身分證字號：_____ 與被保險人關係：_____

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(須檢附「保險單」及「保險費收據」正本；契約自始無效)
- 退保解約(須檢附「保險單」及「保險費收據」正本；如未繳回，由要/被保險人填寫「遺失切結書」。)
- 補發保單(須填寫「遺失切結書」)
- 其他：\_\_\_\_\_

遺失切結	本批改申請書之要保人/被保險人_____，向台壽保產物保險股份有限公司投保，因不慎遺失應繳之文件 <input type="checkbox"/> 保險單 <input type="checkbox"/> 保險費收據，爾後如因此發生任何權益糾紛，概由立切結書人負全部責任，特此證明。 此致 台壽保產物保險股份有限公司 立切結書人：_____
------	---

退費方式	<input type="checkbox"/> 支票退費(支票寄送地址： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 電匯(需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：_____。
------	---

## 【要/被保險人聲明事項】

- 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。
- 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。

要保單位大小章 要保人簽名：	被保險人簽名：	法定代理人簽名/關係：  (要/被保險人未滿 20 歲者，需其法定代理人簽名)
-------------------	---------	---

核保	初核/輸入	服務人員	業務員填寫欄				保險經紀(代理)人簽署
			單位	登錄字號	姓名		
			業務來源(代號)：				