新安東京海上產物保險股份有限公司
Tokio Marine Newa Insurance Co., Ltd.

總公司：台北市南京東路三段 130 號 8-13 樓　電話：(02)8772-7777 免費客服及申訴專線：0800-050-119
如欲查詢本公司資訊公開說明文件之內容，請至本公司網址：https://www.tmnewa.com.tw 查詢

收　件　專　用　章

本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。

傷害險/健康險/旅平險/旅綜險 批改申請書

保單號碼：							批單號碼：						
要保人：				被保險人：					被保險人 身分證字號：				
批改事項	☐ 保險期間 (限旅平/旅綜險)	批改前：自民國　年　月　日　時起至民國　年　月　日　時止											
		批改後：自民國　年　月　日　時起至民國　年　月　日　時止											
	☐ 職業變更	服務公司：				工作內容：					職業類別為第_____類		
	☐ 要保人資料變更 (變更後資料)	姓　名			與被保險人關係						變更後簽名樣式		
		生　日			身分證字號								
		聯絡電話	住家:		公司:		手機:						
		地　址	☐☐☐-☐☐☐								國　籍:☐本國籍 ☐外國籍_____(國名)		
		要保人遇有保險費的退還或受益人保險金的申領時，應依據保險契約之相關規定提供要保人或受益人之匯款帳戶資料。											
	☐ 被保險人資料變更 (變更後資料)	姓　名			變更原因						變更後簽名樣式		
		生　日			身分證字號								
		聯絡電話	住家:		公司:		手機:						
		地　址	☐☐☐-☐☐☐										
		被保險人是否領有身心障礙手冊或證明 ☐否 ☐是(請提供)			被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)?☐ 是(請提供) ☐ 否						國　籍:☐本國籍 ☐外國籍_____(國名)		
	☐身故受益人變更 (變更後資料)	姓名：　　生日： 身分證字號： 與被保險人關係： ☐均分 ☐順位 ☐比例(請註明分配比例)						聯絡地址： 聯絡電話： 國籍：☐本國籍 ☐外國籍_____(國名)					
		如身故保險金受益人係身分別之指定或要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話，本公司將以要保人最後所留之聯絡方式，作為身故保險金受益人之通知依據。											
	☐ 保　　單	☐變更為紙本實體保單 ☐變更為電子保單☐E-mail： ☐手機簡訊發送(限要保人手機號碼，如有異動請填寫於要保人資料變更)											
自動續保	☐取消自動續約	本人同意自動續保，並自本人提供之信用卡中扣繳所需繳納之保險費。 本人同意於本保險期間屆滿後，依自動續保附加條款之約定，逐年辦理自動續保。 卡別: ☐聯合信用卡 ☐VISA ☐MASTER ☐JCB ☐AE											
	☐新增自動續約	卡號: _____ - _____ - _____ - _____ 有效期限:至 20_____年_____月(信用卡到期年月至少需大於續保年月一個月以上)											
	☐變更卡號	持卡人簽名：_____(請親自簽名並與信用卡簽名樣式相同) 持卡人姓名：_____(若持卡人簽名為非中文或特殊字體，請以*正楷*加填此欄) 持卡人身分證字號：_____ 持卡人生日：民國_____年_____月_____日											
	☐變更為現金繳費	持卡人與保單關係人：☐ 要保人、被保險人、指定受益人 ☐ 要保人/被保險人之配偶、二親等內血親、法人負責人(檢附關係文件)											
		年齡達六十五歲(含)以上之實際繳交契約保險費之利害關係人，如繳交保險費之資金來源為解約、貸款或保險單借款，應確認所購買保險商品**無**不利於本身投保權益之情形，並瞭解保險商品特性對本身之潛在影響及各種不利因素。											

其他批改事項或批改說明：

本人(即要保人/被保人)已充分知悉新安東京海上產物保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)依據個人資料保護法所告知之事項，並清楚瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人相關資料之目的及用途。

要保人簽名：　　被保險人簽名：　　法定代理人簽名：

申請日期：　　年　　月　　日

複核	輸入	經辦代號/管理人	招攬人員簽名	業務員登錄證字號	保經代/銀行分行名稱	保經、代公司簽章