



傷害暨健康險批改申請書

適用險種(團、個、旅、健)

註: 重要事項告知 QR CODE

保單號碼		批單號碼	
要保人			
被保險人			
保險期間	自民國 年 月 日 時起 至民國 年 月 日 時止		

批改事項：(請打“✓”於□內並填寫相關資料)，本保險單自 年 月 日起辦理

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 要保人/被保險人姓名變更(請檢附身分證明文件) | <input type="checkbox"/> 7. 註銷, 原因: _____ |
| <input type="checkbox"/> 2. 職業變更(任職機構及詳細工作內容) | <input type="checkbox"/> 8. 取消自動續保, 繳費方式變更為: _____ |
| <input type="checkbox"/> 3. 受益人變更(請填寫姓名、關係、比例或順位) | <input type="checkbox"/> 9. 退保 |
| <input type="checkbox"/> 4. 地址變更 | <input type="checkbox"/> 10. 其他 |
| <input type="checkbox"/> 5. 團體傷害險: <input type="checkbox"/> 加保/ <input type="checkbox"/> 退保(填寫下表或另檢附名冊) | |
| <input type="checkbox"/> 6. 保險期間: <input type="checkbox"/> 延長/ <input type="checkbox"/> 縮短, 至民國 年 月 日 時止(僅旅平險適用) | |

批改變更內容如下, 請註明批改事項編號 例(1. XXX 2. XXX):

【團體傷害險】	加保生效日	被保險人姓名	出生日期	身分證字號	工作性質	計畫別	身故失能保額(萬)	傷害醫療		身故受益人
								實支實付	日額	姓名/關係

【退保申請】	退保生效日	被保險人姓名	身分證字號	退保生效日	被保險人姓名	身分證字號

【申請人】 上開批改事項請核發批單憑執為荷。

要保人簽章: _____ 簽章 被保險人: _____ 簽章 法定代理人: _____ 簽章
 (公司行號請蓋大小章)

核保		經辦人		輸入		服務人員		保險業務員		保經代簽章	
----	--	-----	--	----	--	------	--	-------	--	-------	--