



## 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. 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. 取消自動續保        |
| <input type="checkbox"/> 4. 地址變更  | <input type="checkbox"/> 10. 退保           |
| <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"/> 11. 其他           |
| <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、退保申請	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	
----	--	-----	--	----	--	------	--	-------	--	-------	--