



三井住友海上集團

明台產物保險股份有限公司

## 保險契約變更申請書

※請於申請變更項目打「✓」

|                                                                                                                            |                                                                                                                          |                |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|
| 批單號碼                                                                                                                       |                                                                                                                          | 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，自民國____年____月____日起辦理。其契約內容變更如下：                                                                    |                                                                                                                          |                |             |
| <input type="checkbox"/> 要保人變更                                                                                             | 姓名                                                                                                                       | 身分證統一編號        | 出生年月日       |
| <input type="checkbox"/> 被保險人資料變更                                                                                          | 姓名                                                                                                                       | 身分證統一編號        | 出生年月日       |
| <input type="checkbox"/> 住 所(通訊地址)                                                                                         | □□□□□                                                                                                                    |                |             |
| <input type="checkbox"/> 被保險人職業                                                                                            | (請詳述工作性質、內容及職稱)                                                                                                          |                |             |
| <input type="checkbox"/> 身故受益人<br>(請務必詳填，倘欄位不足，請於其他處填明)                                                                    | 姓 名                                                                                                                      | 身分證統一編號        | 與被保險人之關係    |
|                                                                                                                            |                                                                                                                          |                | 保險金給付方式     |
|                                                                                                                            |                                                                                                                          |                | 受益人順位 比例%   |
| 地址：                                                                                                                        |                                                                                                                          | 電話：            |             |
| ※受益人指定為法定繼承人者，其受益順位或應得保險金比例未為填載時，適用民法繼承編相關規定。 ※身故保險金受益人如係身分別之指定，如有要保人不同意填載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，做為日後身故保險金受益人之通知依據。 |                                                                                                                          |                |             |
| <input type="checkbox"/> 原保險期間變更                                                                                           | 原保險期間自____年____月____日____時起至____年____月____日____時止。<br>保險期間應予延長(縮短)至____年____月____日止。增減天數：_____                           |                |             |
| <input type="checkbox"/> 被保險人名冊變更                                                                                          | <input type="checkbox"/> 增加人數：_____人 <input type="checkbox"/> 減少人數：_____人                                                |                |             |
| <input type="checkbox"/> 遺失證件聲明                                                                                            | 因 <input type="checkbox"/> 保險單 <input type="checkbox"/> 收據 <input type="checkbox"/> 團體保險證 不慎遺失，特此聲明作廢。                   |                |             |
| <input type="checkbox"/> 補發單據                                                                                              | 原 <input type="checkbox"/> 保險單 <input type="checkbox"/> 收據 <input type="checkbox"/> 團體保險證 業已遺失，特申請補發，倘日後發現原單據，應予作廢，併此聲明。 |                |             |
| <input type="checkbox"/> 註銷 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 補充告知 (請檢具健康聲明書、體格報告、病理摘要、診斷證明書...等相關文件申請) |                                                                                                                          |                |             |
| 變更事項說明                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 其它：                                                                                             |                |             |
|                                                                                                                            | 上開批改事項請核發批單憑執為禱。                                                                                                         |                |             |
| 應加/應減(退)保費：NT\$_____ 申請日期：中華民國____年____月____日                                                                              |                                                                                                                          |                |             |
| 本人同意批改申請書上所載資料提供明台產物保險股份有限公司轉送產壽險公會建立電腦資料庫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。            |                                                                                                                          |                |             |
| 要保人簽章：<br>電話：                                                                                                              |                                                                                                                          | 被保險人簽章：<br>電話： |             |
| 核定                                                                                                                         | 輸入                                                                                                                       | 保經代簽署章         | 業務員簽名及登錄證字號 |
|                                                                                                                            |                                                                                                                          |                | 經手人代號       |
|                                                                                                                            |                                                                                                                          |                | 服務人代號       |

## 【終止保險契約與客戶權益相關之重要事項】

為維護您的權益，提醒您務必於終止保險契約前確認已詳閱並充分了解下列重要事項：

1、申請保險契約終止者，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。本公司所負之保險責任即行終止，日後若發生任何事故，本公司恕不負任何保險責任。2、保險契約終止後，其所附加之各項有效附約將依您所勾選之方式處理。3、保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。4、保險契約終止後再投保新保單時，須承擔下列風險：(1)重新履行告知義務：須對投保新契約當時的體況進行健康告知，契約終止後至再投保新保單前之期間，倘被保險人罹患疾病而未履行健康告知，將可能因違反告知義務致保險公司依保險法第64條解除契約。(2)違反告知義務解除保險契約的除斥期間及健康險的等待期，都要從投保新契約之日起重新計算，再投保健康險之等待期重新計算期間，倘被保險人罹患疾病，恐將無法獲得理賠。(3)因重新投保時的年齡可能大於投保原契約時的年齡，保險費率可能也會相對提高，且可能因已超過新契約規定之投保年齡或身體健康因素而無法投保，或可能因為新舊契約保障範圍差異致無法獲得理賠等因素而影響您的保障權益。(4)再投保健康險前倘被保險人已罹患疾病，保險公司可能依保險法第127條主張不負給付相關保險金之責任。

## 退保費支付方式申請表

保單號碼：

批單號碼：

被保險人：

聯絡電話：

要保人：□(同上)

聯絡電話：

請 貴保戶勾選下列退費支付方式及填寫聯絡電話，填妥資料及簽章後，本公司即以最迅速之方式為您進行退費服務。(有□空格標示處，請務必填寫。)

|                                                                                                             |        |                                                                                                    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 1.匯款(依法須按退保費金額代扣百分之四印花稅)                                                           |        | 退保費匯款給付同意書                                                                                         |    |
| 本人(公司)同意本次之退保費撥還下列行庫存款帳戶(請附存摺影本，或銀行別及帳號請務必填寫正確)                                                             |        |                                                                                                    |    |
| 存款<br>帳戶<br>戶名                                                                                              | (限要保人) | 銀行<br>銀行金資代碼(7碼)<br>帳 號                                                                            | 分行 |
| <input type="checkbox"/> 2.支票 領取方式：<br><input type="checkbox"/> 郵寄地址：□□□□□<br><input type="checkbox"/> 保戶親領 |        | 申請人簽章：<br><div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 100px; margin: 10px;"></div> |    |
| <input type="checkbox"/> 3.現金 (依法須按退保費金額代扣百分之四印花稅)                                                          |        |                                                                                                    |    |
| <input type="checkbox"/> 4.分公司代付 轉 分公司付款(並請勾選退費支付方式)                                                        |        |                                                                                                    |    |
| <input type="checkbox"/> 5.抵繳 險 保單號碼                                                                        |        |                                                                                                    |    |

覆核

經辦

中華民國

年

月

日