



## 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<br>實支實付 日額 |       | 身故受益人<br>姓名／關係 |
|           |       |        |      |       |      |       |           |                 |       |                |
|           |       |        |      |       |      |       |           |                 |       |                |
|           |       |        |      |       |      |       |           |                 |       |                |
|           |       |        |      |       |      |       |           |                 |       |                |
|           |       |        |      |       |      |       |           |                 |       |                |
| 【加保、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 |  |
|----|--|-----|--|----|--|------|--|-------|--|-------|--|