



保險契約內容變更申請書

茲申請下列保險契約內容變更，並同意本契約之變更自本公司審核通過後始得生效。

保單號碼		批單號碼		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，其契約內容變更如下：							
1	要保人 資料變更 <small>(詳填寫說明 1、2)</small>	姓名：_____，與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____					
		身分證字號(統一編號)：_____，出生日期：____年__月__日，法人代表人：_____					
		戶籍地址□□□□_____					
		聯絡地址□□□□_____					
		電話：(住家)_____ (公司)_____ (手機)_____					
2	被保險人 資料變更 <small>(詳填寫說明 2)</small>	姓名：_____，身分證字號：_____，出生日期：____年__月__日					
		戶籍地址□□□□_____					
		聯絡地址□□□□_____					
		電話：(住家)_____ (公司)_____ (手機)_____					
		服務機構_____ 職稱_____ 工作內容_____					
3	身故受益人 資料變更 <small>(詳填寫說明 3)</small>	姓名	身分證字號	與被保險人關係	分配方式 <small>(詳填寫說明 4)</small>		
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 1 <input type="checkbox"/> 比例_____%		
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 2 <input type="checkbox"/> 比例_____%		
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 3 <input type="checkbox"/> 比例_____%		
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 4 <input type="checkbox"/> 比例_____%		
		非指定配偶、直系親屬、或法定繼承人，請說明指定原因：_____					
		身故受益人聯絡地址：_____ 電話：_____					
		※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫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，作為日後身故保險金受益人之通知依據。					
4	保單性質變更	<input type="checkbox"/> 紙本實體保單 <input type="checkbox"/> 電子保單 <input type="checkbox"/> 電子郵件變更 <small>(申請電子保單或電子郵件變更者，請續填 E-mail)</small>					
		E-mail：_____					
5	自動續保	<input type="checkbox"/> 取消自動續保 <input type="checkbox"/> 同意自動續保					
6	簽章方式變更	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <small>(申請變更簽章方式，請於簽名欄位中簽上新/舊簽章)</small>					
7	健康告知	<input type="checkbox"/> 變更次標準體 / 取消次標準體 / 補充告知事項 <small>(請填寫被保險人健康聲明書)</small>					
8	契約終止/撤銷	<input type="checkbox"/> 契約撤銷(自始無效) <input type="checkbox"/> 契約終止(終止日 年 月 日) <small>(申請契約撤銷及契約終止者請一併附上保險單)</small>					
		退費方式：(要保人與被保險人非同一人時，退費對象以要保人為主) <small>(詳填寫說明 5)</small>					
		<input type="checkbox"/> 匯款：_____銀行/郵局 _____分行/分局，帳號：_____					
		<input type="checkbox"/> 現金 <small>(需代扣千分之四印花稅)</small> ：請攜帶要保人(及代理人)身份證、印章至 <input type="checkbox"/> 總公司 <input type="checkbox"/> _____分公司領取					
		<input type="checkbox"/> 抵繳：抵繳保批單號碼：_____ (需與要保人相同)					
		聯絡人：_____ 電話：_____					
		【保險文件遺失聲明書】					
		本人(本公司)為 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人，今向貴公司提出 <input type="checkbox"/> 契約撤銷 <input type="checkbox"/> 契約終止，惟該保險單正本(副本)，收據正本(副本)不慎遺失，無法繳回，謹向 貴公司聲明作廢，嗣後如有因遺失涉及保險效益及法律糾紛問題，立書人願負擔全部責任，概與 貴公司無關。 此致 華南產物保險股份有限公司					
		立書人：_____					



9	其他				
<p style="text-align: center;">【終止保險契約與客戶權益相關之重要事項書面告知】</p> <p>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：</p> <p>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。</p> <p>2.保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。</p> <p>3.保險契約終止後再投保新保單時，須承擔下列風險：</p> <p>(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。</p> <p>(2) 違反告知義務解除保險契約的除斥期間及健康險之等待期，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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>					
【填寫說明】	<p>1.申請變更要保人，除須取得被保險人同意並簽名外，新舊要保人亦須同時簽名。</p> <p>2.申請變更姓名、年齡或身分證統一編號者，請檢附身分證影本或戶口名簿影本。</p> <p>3.申請變更受益人，請載明變更後受益人與被保險人之關係，並應取得被保險人同意並簽名。</p> <p>4.受益人如按比例分配或順位分配時，請註明各受益人所分配之比例或順位；若未勾選分配方式，本公司將推定為以均分方式受益，如欄位不足填寫時，請於其他欄位填寫清楚。</p> <p>5.申請契約終止/撤銷，退費方式若為匯款，為避免帳號誤植或填寫不清，建議提供存摺影本。</p> <p>6.本申請書係保險契約的構成部份，各項資料之填寫及告知請以正楷填寫。</p> <p>7.本申請書填寫時如有塗改時，請於塗改處簽名，如未簽名者，請重新填寫申請書辦理。</p>				
<p>本人同意變更申請書上所載資料提供華南產物保險股份有限公司轉送產險公會建立電腦資料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之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。</p>					
<p>原要保人：_____（親簽） 新要保人：_____（親簽）</p> <p>被保險人：_____（親簽） 法定代理人：_____（親簽） 申請日期：____年____月____日 （未滿 7 足歲者，由法定代理人代為簽名；7 足歲(含)以上者，請由本人親自簽名。要/被保險人未成年者需由法定代理人簽名。）</p>					
核保	輸入	招攬人員親簽	招攬人員登錄證字號	保經代公司簽章	經手人