



本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。

傷害險/健康險/旅平險/旅綜險 批改申請書

|  |  |  |  |         |
|--|--|--|--|---------|
| 保單號碼：  |  | 批單號碼：  |  |         |
| 要保人：   |  | 被保險人：<br>身分證字號：  |  |         |
| 批<br>改<br>事<br>項   | <input type="checkbox"/> 保險期間<br>(限旅平/旅綜險)                                     | 批改前：自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止<br>批改後：自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止   |  |         |
|  | <input type="checkbox"/> IC 初次罹癌<br>保險金  | 批改前：   | 批改後： 【注意事項：僅受理降低保額】  |         |
|  | <input type="checkbox"/> 職業類別變更  | 服務公司：  | 工作內容：<br><input type="checkbox"/> 職業類別變更後，同意繼續自動續保。                                  |         |
|  | <input type="checkbox"/> 要保人<br>資料變更<br>(變更後資料)                                | 姓名   | 與被保險人關係  | 變更後簽名樣式 |
|  |  | 生日   | 身分證字號  |         |
|  |  | 聯絡電話：  | 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國名)                   |         |
|  | 要保人遇有保險費的退還或受益人保險金的申領時，應依據保險契約之相關規定提供要保人或受益人之匯款帳戶資料。                           |  |  |         |
|  | <input type="checkbox"/> 被保險人<br>資料變更<br>(變更後資料)                               | 姓名   | 變更原因   | 變更後簽名樣式 |
|  |  | 生日   | 身分證字號  |         |
|  |  | 聯絡電話：  | 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國名)                   |         |
| <input type="checkbox"/> 身故受益人變更<br>(變更後資料)  |  | 姓名： 生日：<br>身分證字號：<br>與被保險人關係：<br><input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明分配比例)  | 聯絡地址：<br>聯絡電話：<br>國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國名) |         |
| 如身故保險金受益人係身分別之指定或要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話，本公司將以要保人最後所留之聯絡方式，作為身故保險金受益人之通知依據。                  |  |  |  |         |
| <input type="checkbox"/> 通訊方式<br>變更  | <input type="checkbox"/> 通訊地址：<br><input type="checkbox"/> 保單寄送地址：             | 住宅電話：<br>公司電話：<br>手機號碼：  |  |         |
| <input type="checkbox"/> 保單  | <input type="checkbox"/> 變更為紙本實體保單<br><input type="checkbox"/> 變更為電子保單，E-mail： |  |  |         |
| 自<br>動<br>續<br>保   | <input type="checkbox"/> 取消自動續保  | 本人同意自動續保，並自本人提供之信用卡中扣繳所需繳納之保險費。<br>本人同意於本保險期間屆滿後，依自動續保附加條款之約定，逐年辦理自動續保。<br>卡別： <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB |  |         |
|  | <input type="checkbox"/> 新增自動續保<br>(請加填健康告知書)                                  | 卡號： _____ - _____ - _____ - _____<br>有效期限：自西元20__年__月__日至20__年__月__月(信用卡到期年月至少需大於續保年月一個月以上)  |  |         |
|  | <input type="checkbox"/> 變更卡號  | 持卡人簽名： _____ (請親自簽名並與信用卡簽名樣式相同)  |  |         |
|  | <input type="checkbox"/> 變更為現金繳費   | 持卡人姓名： _____ (若持卡人簽名為非中文或特殊字體，請以 <b>正楷</b> 加填此欄)<br>持卡人與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 直系血親  |  |         |
| 其他批改事項或批改說明：   |  |  |  |         |
| 本人(即要保人/被保人)已充分知悉新安東京海上產物保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)依據個人資料保護法所告知之事項，並清楚瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人相關資料之目的及用途。 |  |  |  |         |
| 要保人簽名：   |  | 被保險人簽名：<br>法定代理人簽名：  |  |         |
| 申請日期： 年 月 日  |  |  |  |         |
| 複核   | 輸入   | 經辦代號/管理人   | 業務員親簽  |         |
|  |  |  | 保經代/銀行分行名稱   |         |
|  |  |  | 保經代簽署章   |         |