

旅行綜合保險契約內容變更申請書

113.11版

保單號碼	合約編號	批單號碼
要保人/單位		被保險人

※ 變更內容如下 ※

1	☐ 要保人	姓名/單位	身分證字號/統編	與被保險人關係	
		聯絡地址			電子信箱
		電話 (住家)	(公司)	(手機)	出生日期

2	☐ 保險期間異動	☐ 天數不變 / ☐ 延長 / ☐ 縮短 · 自民國 年 月 日 時起 · 至 年 月 日 時止			
---	----------	--	--	--	--

3	☐ 被保險人	請勾選	姓名暨簽署	身分證字號	出生日期	旅行平安險	傷害醫療保險	海外突發疾病	旅行不便險 <small>*限國外地區</small>	受益人	關係
		☐☐☐ 變新取 更增消						萬	萬	萬	☐附加 ☐方案____
☐☐☐ 變新取 更增消						萬	萬	萬	☐附加 ☐方案____		
☐☐☐ 變新取 更增消						萬	萬	萬	☐附加 ☐方案____		
☐☐☐ 變新取 更增消	本保單所有被保險人					萬	萬	萬	☐附加 ☐方案____		

被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? ☐是 · ☐否 如勾選是者, 請提供相關證明文件。
 倘要/被保險人未成年者需有法定代理人簽名:

☐☐☐ 變新取 更增消	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。
	☐同要保人	

4	☐ 終止保單效力, 本保單契約撤銷。
---	--------------------

5	☐ 旅遊國家變更:	☐ 其它變更事項:
---	-----------	-----------

6	退費方式	☐ 匯款:	銀行/郵局 分行/分局 帳號:
		☐ 現金:	核退保費應扣除千分之四印花稅(請攜帶要保人(及代理人)身分證、印章至總/分公司臨櫃領取)
		☐ 抵繳:	抵繳保批單號碼: _____ (需與要保人相同)
		※聯絡人: _____ 聯絡電話: _____ (此欄請務必填寫完整, 若無法順利將款項退還給您, 以便盡速聯絡。)	

注意事項

一、茲向華南產物保險股份有限公司申請保險契約內容如上之變更; 本人並同意本申請書經 貴公司同意簽章後影印一份交要保人存查並構成原契約之一部份。

二、倘本次申請新加保人員未指定受益人時, 本要保人(單位)同意受益人為法定繼承人。

三、本要保人(單位)同意在 貴公司未接獲本變更申請且未經核保人簽章者, 變更之內容無效。

四、如指定之受益人非直系親屬, 請於受益人欄位註明受益人身分證字號並於其他變更事項說明指定原因。

此致
 華南產物保險股份有限公司

※ 要保人簽名:	申請日期: 年 月 日
-----------------	-------------

※ 以下欄位要保人(單位)、代理人、經手人請勿填寫

核保欄	☐ 同意本保險單契約內容上述之變更, 並自民國 年 月 日 時起生效。	收件日期:
	核定 ☐ 需補繳, 保費新台幣 元整; ☐ 需退, 保費新台幣 元整。	
	☐ 不同意本次變更, 原因為:	

核保: _____ 經辦人員: _____ 經手人: _____ 保經代公司/招攬人員簽章: _____