



保險契約內容變更申請書

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分，其契約內容如下：

1	<input type="checkbox"/> 住所(聯絡地址) <input type="checkbox"/> 要保人戶籍地址 <input type="checkbox"/> 電話變更	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 住家電話 _____ 公司電話 _____ 行動電話 _____																		
2	繳費方式變更	<input type="checkbox"/> 郵局劃撥/超商代收/ATM轉帳(自繳件) (選擇信用卡付款或金融機構轉帳者，請改填『保險費繳費授權書』)																		
3	繳別變更	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳																		
4	墊繳選擇權變更	保險費自動墊繳 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (自動墊繳範圍包含本契約主約及附約)																		
5	要保人變更	<table border="1"> <tr> <th>新要保人姓名</th> <th>身分證號碼</th> <th>出生日期</th> <th>性別</th> <th>與被保險人關係</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	新要保人姓名	身分證號碼	出生日期	性別	與被保險人關係													
		新要保人姓名	身分證號碼	出生日期	性別	與被保險人關係														
新要保人住所(聯絡地址) _____ 電話: _____ 新要保人戶籍地址 _____ 電話: _____																				
1. 變更後本人(即新要保人)願負本保單所有權利與義務，若有爭議，本人願負一切法律責任，與貴公司無涉。 2. 本保單續期保費繳費為信用卡付費或金融機構轉帳者，變更要保人請一併重新填寫『保險費繳費授權書』。 3. 本保單有免費附加二-六級殘廢免保險，變更新要保人後，該險依條款規定效力終止。																				
6	基本資料變更 【僅需填寫欲變更項目及內容】	<table border="1"> <tr> <th>變更項目</th> <th>身分證號碼</th> <th>姓名</th> <th>性別</th> <th>出生日期</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>要保人</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>被保險人</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	變更項目	身分證號碼	姓名	性別	出生日期	<input type="checkbox"/> 要保人					<input type="checkbox"/> 被保險人							
		變更項目	身分證號碼	姓名	性別	出生日期														
<input type="checkbox"/> 要保人																				
<input type="checkbox"/> 被保險人																				
<table border="1"> <tr> <th>變更項目</th> <th>身分證字號</th> <th>姓名</th> <th>與被保險人關係</th> <th>分配方式(若未勾選，則視為指定「均分」方式)</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>生存/還本受益人</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/>順位 _____ <input type="checkbox"/>比例 _____%</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>滿期金受益人</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/>順位 _____ <input type="checkbox"/>比例 _____%</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>身故受益人</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/>順位 _____ <input type="checkbox"/>比例 _____%</td> </tr> </table> 變更後原受益人皆取消，並依上述內容重新指定受益人。	變更項目	身分證字號	姓名	與被保險人關係	分配方式(若未勾選，則視為指定「均分」方式)	<input type="checkbox"/> 生存/還本受益人				<input type="checkbox"/> 順位 _____ <input type="checkbox"/> 比例 _____%	<input type="checkbox"/> 滿期金受益人				<input type="checkbox"/> 順位 _____ <input type="checkbox"/> 比例 _____%	<input type="checkbox"/> 身故受益人				<input type="checkbox"/> 順位 _____ <input type="checkbox"/> 比例 _____%
變更項目	身分證字號	姓名	與被保險人關係	分配方式(若未勾選，則視為指定「均分」方式)																
<input type="checkbox"/> 生存/還本受益人				<input type="checkbox"/> 順位 _____ <input type="checkbox"/> 比例 _____%																
<input type="checkbox"/> 滿期金受益人				<input type="checkbox"/> 順位 _____ <input type="checkbox"/> 比例 _____%																
<input type="checkbox"/> 身故受益人				<input type="checkbox"/> 順位 _____ <input type="checkbox"/> 比例 _____%																
8	簽章方式變更	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 (本人同意以本人之生命或身體為保險標的向 貴公司投保本契約並確認要保書告知事項均為屬實)																		
9	職業內容變更	服務機構 _____ 營業類別 _____ 職位 _____ 工作內容 _____																		
10	主契約保額異動	<input type="checkbox"/> 主契約保額降低為 _____ 萬元																		
11	附約加/退保 【含本人及眷屬】 【詳背面注意事項】	<table border="1"> <tr> <th>附約異動項目</th> <th>被保險人姓名</th> <th>關係</th> <th>附約險種名稱</th> <th>變更後保額</th> <th>附約險種名稱</th> <th>變更後保額</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>加保 <input type="checkbox"/>退保</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	附約異動項目	被保險人姓名	關係	附約險種名稱	變更後保額	附約險種名稱	變更後保額	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保										
		附約異動項目	被保險人姓名	關係	附約險種名稱	變更後保額	附約險種名稱	變更後保額												
<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保																				
眷屬被保險人附加意外傷害保險附約請於其他欄指定身故受益人，未指定者，其保險金受益人作為眷屬被保險人之法定繼承人。																				
12	<input type="checkbox"/> 保單補發	<input type="checkbox"/> 遺失 <input type="checkbox"/> 毀損 原保單因前述原因特申請補發，倘日後發現原保險單，應予作廢，併此聲明。																		
13	<input type="checkbox"/> 減額繳清保險	本保險單辦理減額繳清保險或展期定期保險，其保單之所有附約效力即行終止。																		
14	<input type="checkbox"/> 展期定期保險																			
15	<input type="checkbox"/> 復效	茲聲明本保險單在停效期間確未發生任何事故，並同意依保險單條款有關契約效力的恢復申請復效。 停止效力之日起6個月以上申請者，另須填寫「健康告知書」，並按醫務規則體檢，體檢費用須自行負擔，復效申請文件須以限時掛號郵寄本公司。																		
16	<input type="checkbox"/> 補充健康告知	須填寫「健康聲明書」。																		

其他及補充說明：

※ 本人(要保人/被保險人)已獲得必要之資訊，充分瞭解異動申請對於本人各項權益與保障之影響。一切申請悉依 貴公司作業規定辦理，並聲明本申請書上之簽名確係本人親簽無誤，若發生任何糾紛，本人願負法律上一切責任，與 貴公司無涉。
 ※ 貴公司得將保單維護及保戶服務委由第三人(如招攬業務員、保險經紀人或代理人公司等)處理，本人(要保人/被保險人)同意貴公司於委託範圍內得將本人資料提供予受任處理事務之第三人，於必要範圍內得鍵檔、利用、傳輸、連結、交互運用或電腦處理本人資料。

此致 英屬百慕達商中泰人壽保險股份有限公司台灣分公司

見證人簽名：_____ 要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____

見證人身分證字號：_____ 要保人身分證字號：_____ 被保險人新簽名：_____

單位/代收區號：_____ 新要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

見證人行動電話：_____ 連絡電話：_____ 申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

注意事項：

1. 為維護您的權益，請勿於空白的保險契約內容變更申請書上簽名。
2. 本申請書填寫時如有塗改，請於塗改處簽名，如未簽名者，請重新填寫申請書辦理。
3. 各項申請或變更如須加收保費或其他費用者，未經本公司通知收費前，請勿繳納任何費用。
4. 申請變更姓名、出生日期、或身分證字號，需檢附國民身分證或戶籍謄本之影印本。
5. 申請變更要保人或受益人，請載明與被保險人關係，並述明要保人或受益人之身分證字號、出生日期，及應取得被保險人同意並簽章，若欄位不足，請於「其他及補充說明」欄註明。
6. 若變更要保人，除須取得被保險人同意並簽章外，新/舊要保人需同時於變更申請書上簽名。本保險契約原要保人登記之收費地址、戶籍地址及電話等資料，除經新要保人申請變更外，新要保人之相關資料與原登記內容相同。
7. 申請變更簽名方式，請於簽名欄位中簽上新/舊簽章。
8. 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，若欄位不足，請於「其他及補充說明」欄註明。
9. 申請加保附約、加費取消或變更、補充健康告知，需填寫健康聲明書。
10. 要/被保險人申請變更時未滿 20 歲，申請書須經法定代理人簽名同意。
11. 申請附加眷屬附約，其附加眷屬滿七歲以上者，均應於契約內容變更申請書及健康聲明書之眷屬被保險簽章欄位簽名。
12. 保險商品如有滿期/還本給付，並指定滿期/還本受益人為「要保人」者，於變更要保人時，其滿期/還本受益人視為同時變更為新要保人，原要保人喪失其滿期/還本受益人地位。
13. 辦理減額繳清保險或展期定期保險，所有附約將同時取消。
14. 辦理補發保險單須檢附工本費新台幣 100 元整。
15. 本公司於必要時得修改以上之規定。

ACE 中泰人壽 您終生的夥伴

客戶服務專線：0800-061-988