



承保前投保內容異動申請書

要保單號碼		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，其異動內容如下：								
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"/> 彈性繳 <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳						
4	年金給付開始日	第 _____ 保單週年日						
5	年金給付方式	<input type="checkbox"/> 年給付 <input type="checkbox"/> 半年給付 <input type="checkbox"/> 季給付 <input type="checkbox"/> 月給付 <input type="checkbox"/> 一次給付						
6	基本資料變更 【僅需填寫欲變更項目及內容】	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						
7	受益人變更 【僅需填寫欲變更項目及內容】	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 _____ %		
		變更後原受益人皆取消，並依上述內容重新指定受益人。						
8	職業內容變更	服務機構 _____ 營業類別 _____ 職位 _____ 工作內容 _____						
9	主契約保額異動	主契約保額變更為 _____ 萬元						
10	附約加/退保 【含本人及眷屬】 【詳背面注意事項】	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。						
11	2~6級殘廢豁免保費健康保險附約 <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 取消							
12	<input type="checkbox"/> 約定投資比例變更 (各檔投入基金配置比例至少為5%)					A欄		
13	<input type="checkbox"/> 追加投資 _____ 元(最少新台幣10,000元;倘有欠繳首年目標保險費時,扣除欠繳金額後,方為本次追加投資金額。)					B欄		
	單筆申購投入方式: <input type="checkbox"/> 依原投資比例 <input type="checkbox"/> 自行指定(依下列單筆申購配置比例%投入。)							
基金代號		A 變更投資比例總合為100%		B 追加投資配置比例總合100%				
其他及補充說明：								
<p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p> <p>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</p>								
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				