



人身保險批改申請書

機 密 文 件

PAL 個人責任保險附加傷害險 IPA 個人傷害保險 PHS 健康保險

保單號碼		要保人姓名	被保險人姓名	批單生效日：民國 年 月 日
------	--	-------	--------	-------------------------

(01) 註銷 (02) 終止/退保 (14) 復效

批 改 項 目	<input type="checkbox"/> (03) 要保人資料	K8	身分證號碼	出生日期	民國 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
			H1	姓名	聯絡電話	(公) () (宅) ()	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		
				行動電話	電子郵件				
				聯絡地址	□□□□□ 縣市 市區/鄉鎮 路街 段 巷 弄 號 樓之				
	<input type="checkbox"/> (03-H2) 付款人資料	姓名							
	<input type="checkbox"/> (03-H3) 被保險人資料	身分證號碼	出生日期	民國 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
		姓名	聯絡電話	(公) () (宅) ()					
		行動電話	電子郵件						
		聯絡地址	□□□□□ 縣市 市區/鄉鎮 路街 段 巷 弄 號 樓之						
	<input type="checkbox"/> (81-H4) 被保險人職業	任職機構	職稱 工作內容			副業或 兼業			
<input type="checkbox"/> (81-H5) 身故保險金 受益人 (傷害保險適用)	身故受益人如有一人以上時，除特別指定比例或順位外，由該項保險金之所有身故受益人平均分配								
	受益人姓名		與被保險人關係	聯絡電話	聯絡地址	給付方式			
			<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他			<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____ %			
			<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他			<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例 _____ %			
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。									
<input type="checkbox"/> (81-H6) 告知事項									
<input type="checkbox"/> (C3-H7) 付款資料 (限電話行銷分期件)	<input type="checkbox"/> 更改信用卡卡號(更改信用卡卡號，請填寫信用卡繳付保險費授權書) <input type="checkbox"/> 更改信用卡有效期限：有效期間：_____ / _____ (月/西元年)(一個月以上有效期限)								
<input type="checkbox"/> (19-H8) 傷害險取消自動續約				<input type="checkbox"/> (22-H9) 健康險到期不續保					
<input type="checkbox"/> (20-K1) 傷害險回復自動續約				<input type="checkbox"/> (23-K4) 健康險回復到期續保					
<input type="checkbox"/> (20-K2) 傷害險變更續年度信用卡卡號及有效期限				<input type="checkbox"/> (23-K5) 健康險變更續年度信用卡卡號及有效期限					
<input type="checkbox"/> 更改信用卡卡號(更改信用卡卡號，請填寫信用卡繳付保險費授權書) <input type="checkbox"/> 更改信用卡有效期限：有效期間：_____ / _____ (月/西元年)(一個月以上有效期限)									
<input type="checkbox"/> (20-K3) 傷害險變更續年度付款方式為現金(需檢附繳款憑證)				<input type="checkbox"/> (23-K6) 健康險變更續年度付款方式為現金(需檢附繳款憑證)					
<input type="checkbox"/> (03) 其他				<input type="checkbox"/> (03-K7) 加註付款人					
批改回覆文件： <input type="checkbox"/> 批單 <input type="checkbox"/> 最新保單 正本 _____ 份 副本 _____ 份				補發： <input type="checkbox"/> 保單 <input type="checkbox"/> 批單 <input type="checkbox"/> 收據 序號 _____					
要保人親簽：		被保險人親簽：		法定代理人親簽： (未滿二十足歲者請法定代理人簽名)					

*以下欄位由和泰產險填寫

經紀人/代理人	出單單位	經手人代號	單位主管	保全	核保	備註欄
						(個責總保費) (傷害總保費) (應退保費)

服務人員：_____ 電話號碼：_____ 分機：_____ 傳真號碼：_____