

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。

收 件 專 用 章



新安東京海上產物保險股份有限公司
TOKIO MARINE NEWA INSURANCE CO., LTD.

總公司：台北市南京東路三段 130 號 8 樓 電話：(02)8772-7777 免費客服及申訴電話：0800-050-119
 如欲查詢本公司資訊公開說明文件之內容，請至本公司網址 <http://www.tmnewa.com.tw> 查詢

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： _____ 被保險人
 身分證字號： _____

保險期間 (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
 批改後：自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時起至民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時止

初次罹癌保險金 批改前： _____ 批改後： _____ 【注意事項：僅受理降低保額】

身故保險金 批改前： _____ 批改後： _____
 增減額度： + - 【注意事項：限傷害險一般件、旅平險、旅綜險使用。另申請提高保額時，需加填健康告知書始得辦理】

醫療保險金 批改前： _____ 批改後： _____
 甲式 實支實付
 乙式 住院日額
 選擇型傷害醫療
 增減額度： + - 【注意事項：限傷害險一般件、旅平險、旅綜險使用。另申請提高保額時，需加填健康告知書始得辦理】

職業類別變更 服務公司： _____ 工作內容： _____ 職業類別為第 _____ 類
 職業類別變更後，同意繼續自動續保。

要保人資料變更 (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 _____

被保險人資料變更 (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 _____

受益人變更 (變更後資料) 均分 順位 比例 (請註明分配比例) 與被保險人關係： _____
 受益人姓名： _____

通訊方式變更 通訊地址： _____ 住宅電話： _____
 保單寄送地址： _____ 公司電話： _____
 E-mail： _____ 手機號碼： _____

保單 變更為紙本實體保單
 變更為電子保單，E-mail：

取消 新增 (請加填健康告知書) 變更卡號
 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。
 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。
 卡別： 聯合信用卡 VISA MASTER JCB
 卡號： _____ - _____ - _____ - _____
 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)
 持卡人簽名： _____ (請親自簽名並與信用卡簽名樣式相同)
 持卡人姓名： _____ (若持卡人簽名為非中文或特殊字體，請以 **正楷** 加填此欄)

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： _____ 法定代理人簽名： _____

申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話行銷 Callout Date Time	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