



【承保前】契約內容變更申請書(傳統型專用)

要保單號	要保人	姓名	被保險人
		身分證字號	身分證字號

※異動項目請勾選或於【其他變更】欄填寫異動內容

要保人基本資料				被保險人基本資料					
姓名				姓名					
身分證字號(統一證號)				身分證字號(統一證號)					
出生日期	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他			國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他				
服務機構(公司/學校名稱)				服務機構(公司/學校名稱)					
工作內容(含兼職)				工作內容(含兼職)					
住所(聯絡地址)				住所(聯絡地址)					
戶籍地址				戶籍地址					
聯絡電話	<input type="checkbox"/> 公司 <input type="checkbox"/> 住家 <input type="checkbox"/> 行動			聯絡電話	<input type="checkbox"/> 公司 <input type="checkbox"/> 住家 <input type="checkbox"/> 行動				
E-mail	<input type="checkbox"/> 申請電子表單服務			E-mail					
保單類型	<input type="checkbox"/> 電子保單 <input type="checkbox"/> 紙本保單(條款QR code) <input type="checkbox"/> 紙本保單			1、選擇「電子保單」者，要/被保險人之行動電話為必填。 2、選擇「紙本保單(條款QR code)」者，行動電話為必填。 3、若未指定則以「紙本保單」方式提供。					
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								
※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)?				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(如勾選是者，請提供文件。)					
※被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)?				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(如勾選是者，請提供相關證明文件。)					
繳費方式	首期： <input type="checkbox"/> 金融機構轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 自行繳費(含匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費、便利商店繳費) 續期： <input type="checkbox"/> 金融機構轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 自行繳費(含匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費、便利商店繳費)			自動墊繳	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意				
*若選擇以金融機構轉帳或信用卡扣款者，請另填「金融機構代繳保險費授權書」。									
繳別	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳(採月繳者，首期須繳二個月)								
主約	險種代號	繳費年期		保額		元			
附約	<input type="checkbox"/> 變更/ <input type="checkbox"/> 取消附約	險種代號	保額	元	<input type="checkbox"/> 變更/ <input type="checkbox"/> 取消附約	險種代號	保額		
保險金種類							受益人資料	順位	比例
<input type="checkbox"/> 身故	姓名	身分證字號	出生日期	民國		年	月	日	
<input type="checkbox"/> 滿期	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國		<input type="checkbox"/> 其他			
<input type="checkbox"/> 祝壽	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所			<input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 身故	姓名	身分證字號	出生日期	民國		年	月	日	
<input type="checkbox"/> 滿期	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國		<input type="checkbox"/> 其他			
<input type="checkbox"/> 祝壽	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所			<input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 身故	姓名	身分證字號	出生日期	民國		年	月	日	
<input type="checkbox"/> 滿期	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國		<input type="checkbox"/> 其他			
<input type="checkbox"/> 祝壽	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所			<input type="checkbox"/> 指定地址： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

其他變更：

◎本人已明瞭本申請書之變更事項經勾選、填寫後即視為同意變更，若對契約約定事項有所疑義時，本人同意以本申請書所載事項為準，特此聲明。

要保人簽名	被保險人簽名	法定代理人/監護人/輔助人簽名	保險經紀/代理人簽章
<p>※七足歲(含)以上未成年者，須本人及其法定代理人簽名；未成年人、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者，請法定代理人/監護人/輔助人簽名。</p>			
申請日期：民國 年 月 日			
保經/代分支名稱	保險業務員/經紀人/代理人簽名	保險業務員登錄號/執業證號	