

遠雄人壽旅行平安保險契約內容變更申請書

保單號碼		要保人		被保險人	
原保險期間	民國_____年_____月_____日_____時起，共計_____天				

本次契約內容變更如下：

一、☐保險期間變更：☐變更起迄(須於保期開始前申請) ☐天數延長/縮短(須於保期屆滿前申請)

變更後保險期間	民國_____年_____月_____日_____時起至民國_____年_____月_____日_____時止，共計_____天
---------	--

二、☐被保險人人員變更(須於保期開始前申請)：☐詳下表 ☐另填名冊

☐ 人數變更 (填寫姓名、ID、國籍、性別、生日、投保險種、保額、身故受益人、受益人關係等)	原人數：_____人，變更為：_____人， 說明：
☐ 人員異動(人數不變) (填寫姓名、ID、國籍、性別、生日、投保險種、保額、身故受益人、受益人關係等)	說明：

三、☐保險金額變更(須於保期開始前申請)：☐全體被保人變更 ☐指定被保人變更

被保人姓名	意外身故及失能保額	意外傷害醫療保額	旅行平安傷害醫療保額 (15歲以下)	海外突發疾病醫療保額

四、☐取消保單(須於保期開始前申請)

五、☐身故保險金受益人變更(限親屬，須於保期開始前申請)：☐順位 ☐均分

被保人姓名	身故受益人姓名	關係	身分證字號	出生年月日	國籍	性別	電話/地址

註：身故保險金受益人如係身分別之指定及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，作為日後受益人之通知依據。

六、☐其他事項變更：

※繳費/退費方式

繳費方式	☐ 匯款 ☐ 信用卡(請另填信用卡繳交保險費付款授權書)
退費方式	※原繳費方式採信用卡繳費者，將退費至原信用卡。 ※非信用卡繳費者，限退費至要保人(單位)帳號，請填寫要保人(單位)帳戶。 戶名：_____ (限要保人(單位)並請提供存摺影本) 金融機構名稱：_____ 分行：_____ 帳號：_____

為維護您的權益，提醒您務必於終止保險契約前確認已詳閱並充分了解下列重要事項：

1.申請保險契約終止者，自本公司收到要保人書面通知並依約定之終止日期開始生效，本公司所負之保險責任即行終止，日後若發生任何事故，本公司恕不負任何保險責任。2.保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。

※聲明事項：

1.要/被保險人同意本申請書經遠雄人壽保險事業股份有限公司公司簽章同意後，附貼於保單內並構成原契約之一部份。2.申請人同意遠雄人壽就申請人之個人資料，於個人資料保護法所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。履行個人資料保護法告知義務內容」詳次頁說明。

要保人/被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____ 申請日期：_____年_____月_____日

(被保險人為未成年或受監護宣告或受輔助宣告之人時，需其法定代理人/監護人/輔助人親簽確認)

業務員親簽	登錄證字號/ 執業證照號碼	業務員行動電話	單位名稱 保經/保代簽章

遠雄人壽審核欄：

一、本次契約內容變更申請自：民國_____年_____月_____日_____時起生效	覆 核 人 員	經 辦 人 員
二、本次契約變更保費變動： ☐ 補收新台幣_____元整 ☐ 退還新台幣_____元整		
三、其他 _____		