



旅行綜合保險契約內容變更申請書

收件日期：_____

合約編號 _____ 保單號碼 _____
要保人(單位) _____ 被保險人 _____

變更內容如下：

- 地址變更為 _____
- 要保人變更為 _____ 與被保險人關係 _____
身分證字號 _____ 出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 身故受益人變更為 _____ 與被保險人關係 _____
- 變更身故受益人聯絡地址： _____ 電話： _____
*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。
- 傷害保險金額變更為新台幣 _____ 萬元。
- 附加 取消
(1) 傷害醫療保險給付條款，保額變更為新台幣 _____ 萬元。
(2) 海外突發疾病附加條款，保額變更為新台幣 _____ 萬元。
(3) 旅行不便保險(限國外地區)。
- 保險期間變更為自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時起，共 _____ 日。
- 保險期間 延長/ 縮短 _____ 日(至民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時止)
- 被保險人加/退保，各被保險人資料如下：

請 V 加/退保		被保險人姓名 暨簽署	出生 年月日	身分證字號	保障內容				受益人	關係
加	退				身故及殘廢 保額	傷害醫療 保額	海外突發 疾病	旅行不便險 *限國外地區		
					萬	萬	萬	<input type="checkbox"/> 附加		
					萬	萬	萬	<input type="checkbox"/> 附加		
					萬	萬	萬	<input type="checkbox"/> 附加		

10、 終止保險單效力(撤銷)。

11、 其他變更事項 _____

注意事項：

- 茲向華南產物保險股份有限公司申請保險契約內容如上之變更；本人並同意本申請書經 貴公司同意簽章後影印一份交要保人存查並構成原契約之一部份。
- 倘本次申請新加保人員未指定受益人時，本要保人(單位)同意受益人為法定繼承人。
- 本要保人(單位)同意在 貴公司未接獲本變更申請且未經核保人簽章者，變更之內容無效。
- 倘本保單是以電話投保旅綜險時，保單內容變更加收保費之金額，本要保人(單位)知悉且同意將以投保時留存之信用卡付費。

此致

華南產物保險股份有限公司

要保人簽名 _____ 申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

***以下欄位要保人(單位)、代理人、經手人請勿填寫**

核保欄： 同意本保險單契約內容上述之變更，並自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時起生效。
核定 需補繳，保費新台幣 _____ 元整； 需退，保費新台幣 _____ 元整。
 不同意本次變更，原因為： _____

核保： _____ 經辦人員： _____ 經手人： _____ 保經代簽署人/業務員簽章： _____

退費方式：(要保人與被保險人非同一人時，退費對象以要保人為主)

匯款：

_____ 銀行/郵局 _____ 分行/分局，帳號： _____

現金：核退保費應扣除千分之四印花稅(請攜帶要保人(及代理人)身份證、印章至總/分公司臨櫃領取)

抵繳：抵繳保單號碼： _____ (需與要保人相同)

*聯絡人： _____ 聯絡電話： _____ (此欄請務必填寫完整，若無法順利將款項退還給您，以便查連聯絡。)