泰安產物保險
TAIAN INSURANCE

總公司：台北市 100 館前路 59 號 TEL：(02)2381-9678

「本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則保險法令，惟為確保權益，基於保險業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。」要保人可透過免費申訴電話(0800-012-080)或本公司網站(http://www.taian.com.tw)、總公司、分公司及通訊處查閱及索取電腦查閱資訊公開說明文件

批單份數	正本	
	副本	

健康傷害險保單批改申請書

批單號碼	

保單號碼		保險期間	年 月 日～ 年 月 日
要保人		＊聯絡電話	
被保險人姓名		批改日期	年 月 日
批改有效期間	自 年 月 日 時至	年 月 日	時止

申請批改事項如下：(請於變更項目勾填)

1 ☐ 補發保單

2 ☐ 變更地址：☐☐☐ _____

3 ☐ 變更被保險人基本資料(須檢附被保險人身分證明文件)_____

4 ☐ 變更受益人(限傷害保險)

a ☐法定繼承人（其順位及應得保險金比例適用民法繼承篇相關規定）

b ☐指定受益人　身故保險金分配方式：☐均分 ☐按下列序號順位 ☐比例(請註明比例)

(1)姓名：_____，身分證字號：_____，關係：_____，比例：_____

(2)姓名：_____，身分證字號：_____，關係：_____，比例：_____

(3)姓名：_____，身分證字號：_____，關係：_____，比例：_____

5 ☐ 變更卡號：信用卡種類 ☐聯合信用卡 ☐VISA ☐Master ☐JCB

信用卡號碼：☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐

到期日：☐☐月／☐☐☐☐年

持卡人姓名：_____(須與信用卡簽名一致)

持卡人與被保險人關係：☐本人 ☐配偶 ☐直系親屬 ☐其他_____

6 ☐ 中途加退：自____年____月____日____時起，加保_____人，退保_____人，餘資料詳明細表。(限團體傷害保險)

7 ☐ 退保解約(註：保單效力終止，依據為傳真回覆日或總公司受理日，請一併填寫下列退費方式)

8 ☐ 註銷

※第 7 點至第 8 點如有勾選，請檢附：保險單、保險費收據(若無法提供請填寫下列之切結書)、要保人本人(及委託代理人)身分證影本。

9 ☐ 其他：_____

如有退費(限要保人本人)，請勾填下列給付方式：

1 ☐ 支票退費

2 ☐ 電匯：戶名：_____／_____銀行_____分行　分行代碼：_____

帳號：_____(請檢附存摺影本)

3 ☐ 信用卡刷退：退款至原授權之信用卡(限信用卡繳費，並採全額刷退者適用)

4 ☐ 抵繳，抵繳單號：_____

5 ☐ 改繳

批改保險費	NT$	備註	TEL:	FAX:

切結書

本批改申請書之要保人：_____，向泰安產物保險股份有限公司投保，因不慎遺失應繳回之文件：☐保險單 ☐保險費收據，爾後如因此發生任何權益糾紛，概由立切結書人負全部責任，特此證明。

此致

泰安產物保險股份有限公司

立切結書人：　　中華民國　　年　　月　　日

要保人簽章：	**被保險人簽章：**	**法定代理人簽名：**
(請親簽正楷中文全名，若為7歲以下子女由法定代理人代簽) 公司行號請蓋公司大小章	(請親簽正楷中文全名，若為7歲以下子女由法定代理人代簽)	(若要/被保險人不滿20歲需其法定代理人代簽)
申請日期：　年　月　日	申請日期：　年　月　日	申請日期：　年　月　日

收件	初核	核定	經手代號	業務來源	保險代理人/經紀人簽署章	業務員簽名	業務員登錄證字號