

申請項目：契約內容變更
補發保單

團體保險契約內容變更申請書



G025



宏泰人壽

要保單位：

保險單號碼：_____

貴公司要保單位茲申請下項保單之契約內容變更項目，自本公司核保通過後生效之。

●注意：契約內容需變更之部份，請填寫「原契約內容」與「變更後契約內容」欄。

項目	變更事項	原契約內容	變更後契約內容
基本資料	<input type="checkbox"/> 要保單位名稱 <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 地址 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 傳真		(請檢附營利事業登記證等證明文件)
	印鑑變更 <input type="checkbox"/> 負責人印鑑 <input type="checkbox"/> 要保單位印鑑		
	被保險人 <input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 身分證統一編號		(請檢附身分證影本)
	被保險人工作性質		
	被保險人 <input type="checkbox"/> 實際薪資 <input type="checkbox"/> 勞保投保薪資		
	被保險人身故/喪葬費用保險金受益人		受益人： _____ 與被保險人關係： 受益人身分證統一編號： 受益人聯絡地址/電話： *被保險人簽名同意變更受益人：
保險內容	險種		
	保額(增額/減額)		
	計畫別		
	繳別(年/半年/季/月)		
其 它	其它(請說明)		

填寫說明：1. 有關契約之任何變更事項，請以變更申請書辦理。

2. 本申請書上之簽收章僅為收件之證明，被保險人之保險效力需經本公司核保通過後，以保單條款所載之異動生效日為認定基準，辦理完成後提供基本資料變更名冊及申請書影本供要保單位存查。
3. 如須塗改更正，請要保單位於塗改旁蓋公司大章或負責人章確認，本申請書始為有效。
4. 本申請書被保險人簽章部分應為被保險人本人親自簽名，要保單位確認後請蓋原留大、小章，如有虛偽不實，簽章人應負法律上責任。
5. 本申請書以傳真或正本寄送方式皆可。宏泰人壽傳真專線：(02)2716-6863。

保險公司專用欄	郵戳(傳真)日期	年 月 日
	加(退)保生效日期	年 月 日零時
覆核		經辦

要保單位暨負責人簽章

填寫日期

104年08月版