



第一產物保險股份有限公司

批單份數	正本		收據	正本	
	副本		副本		

傷害暨健康保險契約批改申請書

幣別：新台幣元

保險單號碼	字第	號	批單號碼	字第	號
要保人				被保險人	
保險期間	自民國	年	月	日	時起至民國
年 月 日 時止					
本保險單自民國 年 月 日起契約內容變更如下：(未變更之項目請勿填寫)					
<input type="checkbox"/> 要保人	姓名：	生日：	年	月	日 身分證字號：
與被保險人關係：					
<input type="checkbox"/> 被保險人	姓名：	生日：	年	月	日 身分證字號：
<input type="checkbox"/> 地址	住所：				郵遞區號
	通訊地址：				郵遞區號
<input type="checkbox"/> 電話	電話：(O)	(H)		行動電話：	
	E-mail：				
<input type="checkbox"/> 職業等級	公司名稱：				營業性質：
	職稱：	工作內容(含兼職)：			職業等級：
<input type="checkbox"/> 身故受益人	姓名：	身分證字號：	與被保險人關係：		<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例
	聯絡電話：		地址：□□□□		
(若身故保險金受益人指定為法定繼承人或要保人不同意填寫受益人聯絡地址及電話，本公司將以要保人最後所留之聯絡方式，作為身故保險金受益人之通知依據)					
<input type="checkbox"/> 保險期間	自民國	年	月	日	時起至民國
年 月 日 時止					
<input type="checkbox"/> 自動續約附加條款 (限保單到期前三個月辦理)	本人向第一產物保險公司投保傷害保險(包括主保險契約和附加保險)， 茲 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意於保險期間屆滿後，依本附加條款之約定，逐年辦理本保險契約自動續約。 要保人連絡電話： ※保險期間屆滿前七日經要保人繳交續約保險費，本保險契約得自動續約繼續有效。續約保險費未於約定期限前繳交者，視為不再續約。				
其他批改事項	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 減保 <input type="checkbox"/> 註銷 <input type="checkbox"/> 延期 <input type="checkbox"/> 其他	※健康險辦理加保時，需填寫【健康告知書】			
以上批改如有應退金額時，同意以下列方式退費：(限要保人帳戶)					
1 <input type="checkbox"/> 匯款/附存摺影本。		2 <input type="checkbox"/> 支票。			
3 <input type="checkbox"/> 匯款/戶名		銀行 分行，帳號			
付款通知(擇一勾選，未勾選者視為同意郵寄方式通知)					
1 <input type="checkbox"/> 郵寄：地址 □□□□□□					
2 <input type="checkbox"/> 簡訊：行動電話 3 <input type="checkbox"/> 不通知 4 <input type="checkbox"/> 其他：					
本人(被保險人)同意批改申請書上所載資料提供第一產物保險股份有限公司轉送產險公會建立電腦資料作為其他產險或人壽保險公司受理本人投保時之核保參考，但其他產、壽險公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以此資料作為承保與否之依據。					
請依照上列批改事項核發批單憑執為禱。					
要保人簽章：			未成年法定代理人簽章：		
(被保險人未滿二十歲時，法定代理人需同時簽章)					
被保險人簽章：			申請日期：民國 年 月 日		
核	定	核	保	批	改
再	保	輸	入	保經代專用欄位	
				業務員簽名/登錄字號	經紀人/代理人
業務員/服務人員簽名：				登錄字號：	