



單位	
行政助理簽章	

保險契約內容變更申請書

※填寫前請先閱讀背面注意事項。變更項目請打「✓」，未變更項目請勿填寫。

保單號碼		要保人		被保險人	
------	--	-----	--	------	--

本人同意本申請書經 貴公司同意簽章後，將構成原保險契約之一部份，本次契約內容變更如下：

<input type="checkbox"/> 變更原因	<input type="checkbox"/> 原要保人身故(請加填繼承系統表)	新要保人姓名	與被保險人關係
	<input type="checkbox"/> 債務關係 <input type="checkbox"/> 其它	身分證字號	出生日期

※變更後之新要保人願無條件概括承擔本保險單所有權利與義務。若爾後發生任何糾紛概與 貴公司無涉，由原/新要保人負一切法律上責任。
 ※本人(即被保險人及原/新要保人)同意 貴公司將本保險契約內容變更申請書上所载本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考。
 ※申辦變更後之新要保人，如通訊地址、住所及電話與原要保人所指定之通訊地址、住所及電話不同時，新要保人應於下列要保人地址/電話欄內填寫變更為新要保人之通訊地址、住所及電話。

<input type="checkbox"/> 通訊地址 ※請以正楷填寫	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意所有保險單之通訊地址均變更為以下所載新通訊地址。 ※要保人非本公司業務員時，通訊地址不得為本公司通訊處或業務員之地址。	<input type="checkbox"/> 電話	住家：_____
	<input type="checkbox"/> 住 所 ※依民法規定，一人同時不得有兩住所，本人於 貴公司所有保險單之住所併同變更為以下所載之新住所。		公司：_____
<input type="checkbox"/> 住 所 ※請以正楷填寫			手機：_____
			收費：_____
			E-mail：_____

<input type="checkbox"/> 身故受益人 ※原約定身故受益人取消，以右列重新指定為主。	被保險人姓名	受益人姓名	身分證字號	與被保險人關係	受益順序	比例%

受益人指定為法定繼承人者，其受益順序或應得保險金比例適用民法繼承編相關規定。

<input type="checkbox"/> 生存金受益人	身分證字號	與被保險人關係
<input type="checkbox"/> 滿期金受益人	身分證字號	與被保險人關係
<input type="checkbox"/> 祝壽金受益人	身分證字號	與被保險人關係

紅利給付變更： 現金發放 抵繳保費 增購繳清保險 儲存生息 繳別變更： 年繳 半年繳 季繳 月繳

補充告知 (應檢具健康聲明書、體檢報告、病歷摘要、診斷證明書.....等相關文件申辦) 復效 (停效之日起2年內方得以申辦)

保費自動墊繳：主契約繳費期間內，是否同意整張保單主、附約同時保費自動墊繳： 是 否 其它

補發保險單。要保人聲明原保險單作廢，日後任何糾紛與 貴公司無涉，要保人自負法律上一切責任。

被保險人職業變更：

服務機構：_____ 營業類別：_____

工作性質：_____ 職稱：_____

工作內容：_____ 兼職：_____

見證人確認欄	受任人確認欄	<p>此致 幸福人壽保險股份有限公司</p> <p>要保人親自簽名：(原)_____ (新)_____</p> <p>被保險人親自簽名：_____</p> <p>◎要/被保險人未滿七足歲者，由法定代理人代為簽名同意；七足歲(含)以上者，請由本人親自簽名。</p> <p>法定代理人親自簽名：_____</p> <p>◎要/被保險人未滿二十歲者，應由「法定代理人」簽名同意。</p> <p>申請日期：_____年_____月_____日</p>
<p>見證人親見原/新要保人及被保險人親簽並確認上列變更事項屬實，若有不實，見證人願負民/刑事法律責任，特於以下親簽以證屬實。</p> <p>見證人親簽：_____</p> <p>身分證字號：_____</p> <p>通訊處名稱：_____</p>	<p>原/新要保人特委任受任人攜帶原/新要保人、受任人之國民身分證(正本)及原/新要保人與被保險人親筆簽名之保險契約內容變更申請書等代為辦理上項變更事宜，若有任何法律糾紛，由原/新要保人自負一切法律上責任，與 貴公司完全無涉。</p> <p>受任人親簽：_____</p> <p>身分證字號：_____</p>	

【幸福人壽批註欄】

本公司同意上述變更自民國_____年_____月_____日起生效，如須加收保費，則延至繳費翌日起生效。

其他說明：_____

契變批註章： (本申請書未加蓋契變批註章不生效力)

※ 注意事項：

- 1、本申請書係保險契約的構成部份，各項資料之填寫及告知均應慎重，務求字跡工整、清晰，若有塗改，要保人務必於塗改處簽名。
- 2、為維護您的權益，請勿於空白的「保險契約內容變更申請書」上簽名。
- 3、本申請書上之要/被保人簽名須與原要保書簽名相符，若有變更，以變更後之簽名樣式為準。
- 4、要/被保險人申請變更時未滿 20 歲，申請書須經法定代理人簽名同意。
- 5、主被保險人及眷屬被保險人年滿 7 歲以上者，申請附加附約或復效時均應於「保險契約內容變更申請書」簽名。
- 6、各項申請或變更如須加收保費或其他費用者，未經本公司通知收費前，請勿繳納任何費用。
- 7、申請姓名、生日或身分證字號變更，需檢附國民身分證或戶口名簿之影本或戶籍謄本。
- 8、申請補發保險單，每份應繳工本費新台幣 100 元，停效保單不予受理補發保險單。
- 9、申請變更要保人或受益人，請載明與被保險人之關係，並述明要保人或受益人之身分證字號、出生日期，及應取得被保險人之同意與簽名。若變更要保人，原/新要保人需同時於「保險契約內容變更申請書」上簽名。
- 10、愛彌兒及幸福一生系列產品享有愛彌兒豁免保費批註條款者，申辦附加主被保險人加保附約或復效時，應加填要保人健康聲明書。
- 11、險種轉換為幸福一生系列產品且欲申請愛彌兒豁免保費批註條款者（投保年齡 0~13 歲），應加填要保人健康聲明書。
- 12、通訊地址不可變更為【郵政信箱】及【業務員通訊處地址】，且變更地址時應詳填郵遞區號。
- 13、附約險種名稱及代號：(95/10/01 以前)

ADD	意外傷害保險附約	C-1	防癌健康保險附約（本人）	R-1	長春藤醫療終身保險附約（本人）
IAI	意外傷害住院醫療日額給付保險附約	C-2	防癌健康保險附約（配偶）	R-2	長春藤醫療終身保險附約（配偶）
IAM	意外傷害保險醫療附約	C-3	防癌健康保險附約（子女）	R-3	長春藤醫療終身保險附約（子女）
IAN	新傷害醫療保險附約	IHI	住院醫療日額給付保險附約	IHS	住院醫療保險附約

附約險種名稱及代號：(95/10/01 以後修訂)

ADE	意外傷害保險附約	D-1	防癌健康保險附約（本人）		
IHR	住院醫療健康保險附約	D-2	防癌健康保險附約（配偶）		
		D-3	防癌健康保險附約（子女）		

附約險種名稱及代號：(98/05/11 以後修訂)

ADF	意外傷害保險附約				
ICF	新防癌終身健康保險附約				
DDC	幸福人壽幸福一百特定傷病終身健康保險附約				

- 14、本公司於必要時得修改以上規定。
- 15、其他未述及之變更項目，敬請逕洽本公司免付費服務專線電話 0800-885000。

【總公司使用欄】

核保簽核

總公司受理章

郵寄 要保人親臨櫃台 委託代辦
 傳真日期：_____年_____月_____日