

保 單 批 改 申 請 書

保險單號碼		保單收費日期	年 月 日
要保人		白天聯絡電話	
被保險人		傳真電話	
被保險人ID		批改生效日	

申請批改事項如下：（請於變更項目勾填）

1 變更地址：□□□

2 變更被保險人基本資料(需檢附被保險人身份證明文件)

3 變更受益人 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 姓名：
方式：均分 順位(請註明順序)
與被保險人關係：配偶 子女 父母 兄弟姊妹

4 任職機構 _____職稱 _____公司經營項目
詳細工作內容

5 變更投保內容： _____保費：

6 變更卡號：信用卡種類 聯合信用卡VISAMasterJCB 信用卡期限：西元____月____年止
信用卡號碼： _____ - _____ - _____ - _____
生日：民國____年____月____日 身份證字號： _____ 授權人簽名：
信用卡授權人與被要保人關係：本人父母配偶子女親兄弟姐妹（須與信用卡簽名一致）

7 退保解約(註：保單效力終止，依據為郵戳日、傳真回覆日、或總公司受理日，請一併填寫下列退費方式)
檢附文件：保險單、保險費收據(若無法提供請填寫下列之切結書)

8 補發保單

9 原旅行險保險期間：自民國____年____月____日____時起____天。
延長保險期間____天，共計為____天。
縮短保險期間____天，應為____天。

10 其他： _____

切結書 本批改申請書之被保險人(要保人)： _____，向美亞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
美亞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： <small>(請親簽正楷中文全名，若為7足歲以下子女由法定代理人代簽)</small> 申請日期： 年 月 日	被保險人簽章： <small>(請親簽正楷中文全名，若為7足歲以下子女由法定代理人代簽)</small> 申請日期： 年 月 日	法定代理人簽名： <small>(若要/被保險人不滿20足歲需其法定代理人簽名)</small> 申請日期： 年 月 日
--	---	---

保代受理		經攬人		受理	核保：	出單：	經辦：	收件：
------	--	-----	--	----	-----	-----	-----	-----

填寫完後加蓋公司大小章，請傳真：**FAX:0800-012-248 TEL:0800-024-889 按5**