



英屬百慕達商滙豐人壽保險國際有限公司台灣分公司  
保險契約內容變更申請書-Non Financial

保單號碼		受 理 單 位	滙豐人壽 受理日期 章
要保人姓名			
身分證字號			
被保險人姓名		保經/保 代受理日 期章	
身分證字號			
申請日期(西元)	年 月 日		

申請變更內容

要保人資料變更

姓名 \_\_\_\_\_ 身分字號碼 \_\_\_\_\_

性別  男  女

出生日期(西元) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

國籍:  中華民國  其他 \_\_\_\_\_

簽名樣式(原) \_\_\_\_\_ / (新) \_\_\_\_\_

簽名樣式變更原因說明: \_\_\_\_\_

要保人變更(原/新要保人均需填寫及簽名)

原/新要保人 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

身分字號碼 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

出生日期(西元) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

新要保人與被保險人關係: \_\_\_\_\_

新要保人國籍:  中華民國  其他 \_\_\_\_\_

簽名 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1. 要保人變更後,如本保單已有保單借款,則清償借款本息之義務亦隨之移轉予新要保人;並請檢視“住所”及“收費聯絡地址”是否一併變更。

2. 當主契約為兩全齊美(躉繳)變額萬能壽險或富世代躉繳變額年金保險時,要保人需年滿 20 足歲且不得為美國公民或居民,其他國家公民或居民對某些基金之持有亦有限制,請詳參本公司網站或投資標的公開說明書

被保險人資料變更

姓名 \_\_\_\_\_ 身分證字號 \_\_\_\_\_

性別  男  女

職業:營業類別: \_\_\_\_\_ 服務單位: \_\_\_\_\_

職位: \_\_\_\_\_ 詳細工作內容: \_\_\_\_\_

簽名樣式(原) \_\_\_\_\_ / (新) \_\_\_\_\_

簽名樣式變更原因說明: \_\_\_\_\_

地址變更

住所(戶籍地址) 郵遞區號

縣 鄉鎮 村 路 段 巷 弄 號 樓之

市 區市 里 街

收費/聯絡地址(年金通知、給付/保單帳戶價值的通知聯絡地址) 郵遞區號

縣 鄉鎮 村 路 段 巷 弄 號 樓之

市 區市 里 街

聯絡電話

住宅:( ) 公司:( ) 傳真:( ) 行動電話:

E-mail:

自動墊繳選擇  是  否

保費緩繳期之變更(限主契約為滙豐人壽兩全齊美變額萬能壽險或滙豐人壽至善至美變額壽險者適用)

申請進入保費緩繳期,自下一期繳交基本保費日起生效

申請恢復繳交保險費,終止保費緩繳期,並自下一期繳交基本保費日起生效

遞延期間屆滿之選擇(限主契約為滙豐人壽富世代躉繳變額年金保險者適用)

遞延期滿保險金

年金(年給付):  保證給付年金期間變更為  10 年  15 年  20 年

減額繳清保險【請注意：辦理減額繳清保險將可能蒙受損失，依條款規定可領之滿期保險金可能少於已繳之保險費。】

展期定期保險【請注意：辦理展期定期保險將可能蒙受損失】

1、依條款約定，辦理減額繳清保險或展期定期保險時，需以保單價值準備金扣除保單借款本息、欠繳及墊繳保險費本息及費用後之淨值辦理。

2、辦理減額繳清保險或展期定期保險者，請於保單週年日前 30 日提出申請。

受益人指定（為保障您的權益，請務必詳細填寫，如未勾選保險金給付方式，本公司以均分辦理。）

保險金受益人	姓名	出生年月日	身分證字號	與被保險人關係	保險金給付方式
滿期金受益人					<input type="checkbox"/> 1. 均分
					<input type="checkbox"/> 2. 按填寫順位
					<input type="checkbox"/> 3. 比例
					(1) ___ %、(2) ___ %
					(3) ___ %、(4) ___ % (5) ___ %、(6) ___ %
生存金/年金 受益人					<input type="checkbox"/> 1. 均分
					<input type="checkbox"/> 2. 按填寫順位
					<input type="checkbox"/> 3. 比例
					(1) ___ %、(2) ___ %
					(3) ___ %、(4) ___ % (5) ___ %、(6) ___ %
身故受益人					<input type="checkbox"/> 1. 均分
					<input type="checkbox"/> 2. 按填寫順位
					<input type="checkbox"/> 3. 比例
					(1) ___ %、(2) ___ %
					(3) ___ %、(4) ___ % (5) ___ %、(6) ___ %

補發保單，併附保單工本費新台幣壹佰元整

保單遺失聲明：

本人(要保人)茲因遺失前開保險單，無法行使其保險契約權利，經蒙 貴公司准允免附。本人今鄭重聲明該原保險單作廢，嗣後如因他人冒用或任原因致涉法律、金錢、保險或其他爭端時，本人願負完全責任，絕無異議，特此聲明。

其他

以下簽章應由本人親自簽名（未滿 20 歲者須法定代理人簽章）

申請人（要保人）簽章：	同意人（被保險人）簽章：
法定代理人簽名：	見證人簽名：