



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			保經/保 代受理日 期章
身分證字號			
被保險人姓名			
身分證字號			
申請日期(西元)	年 月 日		

申請變更內容

<input type="checkbox"/> 要保人資料變更 姓名 _____ 身分證字號 _____ 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期(西元) _____年____月____日 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 簽名樣式(原) _____ / (新) _____ 簽名樣式變更原因說明： _____		<input type="checkbox"/> 要保人變更(原/新要保人均需填寫及簽名) 原 / 新要保人 _____ / _____ 身分證字號 _____ / _____ 出生日期(西元) _____ / _____ 新要保人與被保險人關係： _____ 新要保人國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 簽名 _____ / _____	
<p>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。</p> <p>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</p>			
<input type="checkbox"/> 被保險人資料變更 姓名 _____ 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 職業：營業類別： _____ 職位： _____ 簽名樣式(原) _____ / (新) _____ 簽名樣式變更原因說明： _____		身分證字號 _____ 出生日期(西元) _____年____月____日 服務單位： _____ 詳細工作內容： _____	
<input type="checkbox"/> 地址變更 <input type="checkbox"/> 住所(戶籍地址) 郵遞區號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 路 段 巷 弄 號 樓之 市 區市 里 街 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 路 段 巷 弄 號 樓之 市 區市 里 街			
<input type="checkbox"/> 聯絡電話 住宅：() 公司：() 傳真：() 行動電話： E-mail：			
<input type="checkbox"/> 自動墊繳選擇 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
<input type="checkbox"/> 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者適用) <input type="checkbox"/> 申請進入保費緩繳期，自下一期繳交基本保費日起生 <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 遞延期滿保險金 <input type="checkbox"/> 年金(年給付)： <input type="checkbox"/> 保證給付年金期間變更為 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年			

減額繳清保險

展期定期保險

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) <u> </u> %、(2) <u> </u> %
					(3) <u> </u> %、(4) <u> </u> %
				(5) <u> </u> %、(6) <u> </u> %	
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) <u> </u> %、(2) <u> </u> %
					(3) <u> </u> %、(4) <u> </u> %
				(5) <u> </u> %、(6) <u> </u> %	
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) <u> </u> %、(2) <u> </u> %
					(3) <u> </u> %、(4) <u> </u> %
				(5) <u> </u> %、(6) <u> </u> %	

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：