



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  
(外幣保單專用)

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			保經/保 代受理日 期章
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 _____ / _____
---	--

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。

<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(保險金給付/保單參考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"/> 主契約保額降低為 _____ 元/計劃(金額單位:美元)
---

復效：茲聲明本保險單在停效期間確未發生任何事故，並同意依保險單條款有關保險契約恢復之約定申請復效；**停效6個月以上者請檢附健康聲明書。**

請翻次頁，繼續填寫

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，依條款規定可領取之給付可能減少。】

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營業費用後之淨值辦理。

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
滿期保險金 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)___%
身故保險金 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)___%

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	生存保險金給付帳戶指定 金融機構帳戶資料	保險金給付方式
生存 保險金 受益人					戶名(中文姓名)：_____ 戶名(英文姓名)：_____ _____ 銀行 _____ 分行 帳號： BANK SWIFT CODE：_____	<input type="checkbox"/> 1. 均分 <input type="checkbox"/> 2. 按填寫 順位 <input type="checkbox"/> 3. 比例 (1)___% (2)___% (3)___%
					戶名(中文姓名)：_____ 戶名(英文姓名)：_____ _____ 銀行 _____ 分行 帳號： BANK SWIFT CODE：_____	
					戶名(中文姓名)：_____ 戶名(英文姓名)：_____ _____ 銀行 _____ 分行 帳號： BANK SWIFT CODE：_____	

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

### 付款指示

此次申請若有應退金額，一律以匯款方式處理(限填寫要保人外幣存款帳戶)

戶名(中文姓名)：\_\_\_\_\_ 戶名(英文姓名)：\_\_\_\_\_

帳號：\_\_\_\_\_ BANK SWIFT CODE：\_\_\_\_\_

金融機構名稱：\_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 分行

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：