



保險契約內容變更申請書(P)

【Confidential】

保單號碼：_____ 要保人：_____ 被保險人：_____

【本申請書限填一份保單號碼】

被保險人身分證字號：_____ 聯絡電話：_____

茲向法國巴黎人壽申請變更上述保單號碼之保險契約內容，要保人/被保險人已詳閱本申請書內容、聲明事項及注意事項，並已獲得必要之資訊，充分瞭解契約內容變更對於本人各項權益與保障之影響。本申請書需經 貴公司同意後以批註方式或重製保單始生效力。

- 1.變更 a.要保人姓名為_____ b.生日_____ c.身分證字號_____
與被保險人關係_____ (請檢附身分證證明文件，新/舊要保人均需於要保人欄位簽名或蓋章)
- 2.更正 a.被保險人姓名為_____ b.生日_____ c.身分證字號_____
(請檢附身分證影本乙份)
- 3.變更 a.連絡地址為_____
- b.戶籍地址為_____
- c.電話為 (O) _____ (H) _____ (手機) _____
- d. e-mail _____
- 4.變更 a.身故受益人為_____ b.身分證字號_____ c.與被保險人關係_____
- d.兩人以上時給付方式：均分 按填寫順位 比例，請註明比例_____
- 5.變更 a.滿期受益人為_____ b.身分證字號_____ c.與被保險人關係_____
- d.兩人以上時給付方式：均分 按填寫順位 比例，請註明比例_____
- 6.變更保費繳法為 a.年繳 b.月繳
- 7.變更職業 a.公司名稱_____ b.職稱_____ c.工作內容_____
- d.公司地址_____
- e. 是 否兼職,工作內容_____
- 8.變更保障內容為：_____
- 9.補發保單 (工本費NT\$ 100, 請匯至新光銀行忠孝分行帳號：00821-060-32025, 帳戶名稱：法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司) (請檢附匯款憑證)
- 10.其他變更_____

聲明事項：

- 【本申請書所有簽名部分確由當事人本人親自簽章屬實無誤，如有虛偽不實，簽名人願負法律上應負之責任。】
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本申請書上所載本人資料轉送產、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。但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。

要保人親簽：_____

被保險人親簽：_____

法定代理人親簽：_____

填表日期：_____

(未滿20足歲者，請法定代理人加簽)

(為維護您的權益，請勿於空白的申請書上簽章)

| 送件單位填寫 | | | 法國巴黎人壽批核欄 (本申請書未經承辦單位核准簽章者不生效力) | | |
|-----------------------------|----------------|----------------|---|----------------------------------|--------------|
| 送件單位： _____銀行 _____分行 | 單位主管： _____ | 單位經辦： _____ | 本公司同意本保單契約內容做如上之變更，且變更後之保單內容自民國_____年_____月_____日起生效。下期保費自民國_____年_____月_____日起調整為_____繳，每期_____元整。 | <input type="checkbox"/> 已核對簽名無誤 | 承辦人 _____ |
| | | | | | 覆核 _____ |

◎ 填妥後，請傳真或郵寄回本公司，並於傳真或郵寄五日後來電確認是否收到您的文件，以維護您的權益！

VPOSM001 號 002J 2011.10.01



法商法國巴黎人壽傳統型商品契約變更規則一覽表

| 變更項目 | 應附文件 | | | | 申請時間 |
|-----------------------------------|----------------------------|----------|--------------|-----------|-----------------------------|
| | 契約內容變更申請書 | 健康告知暨聲明書 | 身分證影本 / 戶籍謄本 | 工本費 \$100 | |
| 1. 姓名 / 出生年月日 / 身分證字號 / 性別 | ✓ | | ✓ | | 隨時 |
| 2. 要保人 | ✓ | | ✓ | | 隨時 (變更後的要保人須與被保人有保險利益關係) |
| 3. 地址 / 電話 / e-mail | ✓ | | | | 隨時 |
| 4. 受益人 | ✓ | | | | 隨時 (需依條款內容辦理) |
| 5. 繳費管道 (1) 自行繳費 (2) 轉帳、信用卡 | (1) 契約內容變更申請書 (2) 轉帳授權書 | | | | 隨時 |
| 6. 職業內容 | ✓ (以職業告知問卷為主) | | | | 隨時 |
| 7. 繳別變更 (短→長) | ✓ | | | | 隨時 |
| 8. 繳別變更 (長→短) | ✓ | | | | 下次應繳費日前 15 天 |
| 9. 保額減少 | ✓ | | | | 下次應繳費日前 15 天 |
| 10. 減額繳清 | ✓ | | | | 下次應繳費日前 15 天 |
| 11. 復效 | 復效申請暨健康告知書 | | | | 依商品條款約定辦理 |
| 12. 發單後補告知 | ✓ | ✓ | | | 隨時 |
| 13. 終止契約 | 終止契約申請書 | | ✓ | | 隨時 |
| 14. 保單借款 | 保單借款合同書 | | ✓ | | 隨時 (須累積保單價值準備金) |
| 15. 還款 | 還款之繳款憑證 | | | | 隨時 |
| 16. 補發保險單 | ✓ | | | ✓ | 隨時 |

注意事項：

1. 本申請書構成原契約之一部份，各項資料之填寫及告知請以正楷填寫。
2. 本申請書如有塗改，請於塗改處簽名，如未簽名者，請重新填寫申請書辦理。
3. 各項契約變更之核保規定，同新契約核保規則；條款中另有規範者依其規範辦理。
4. 實際可變更項目，將依各專案內容及規定辦理，本申請書所列之申請內容不完全適用各保單，申請內容若有不符，本公司將以批註、退件或另行照會處理。
5. 變更後要保人&受益人與被保險人應具保險利益關係，請填寫與被保險人之關係。
6. 變更受益人為多人時，請註明分配比例或順位，倘未註明比例或順位，則以平均分配。如指定順位者，需於姓名前註明第幾順位，如：第一順位某甲、第二順位某乙。
7. 商品依條款約定辦理減額繳清後，所附加一年期無保證續保附約持續有效至該期已繳之保險費期滿後終止。所附加保證續保附約得持續繳費，並有效至主約滿期日。
8. 變更完成指定帳戶匯款者，請附上存摺正面影本。
9. 本公司於必要時得修正以上之規定。