



英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司
團體保險契約變更申請書

友邦人壽受理日期

保單號碼：	填寫日期： 年 月 日
-------	-------------

要保單位：

契約內容變更(請在變更項目內打V並填寫變更後之內容) ※填寫處如有塗改請於塗改處簽章。

要保單位基本資料變更 (※請檢附營利事業登記文件(工商登記)、利害關係人)

<input type="checkbox"/> 公司名稱					
<input type="checkbox"/> 負責人基本資料	姓名	生日	年 月 日	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 地址	登記地址：				
	通訊地址： <input type="checkbox"/> 同上				
<input type="checkbox"/> 電子郵件				電話	

※保單地址/電話/Email 不可為所招攬之保險業務員本人或與其所屬公司、分支機構之地址，如要保單位為左列機構則不在此限。

新增關係企業 (※請檢附業務員報告書、法人身分資訊聲明書、審閱期聲明書、營利事業登記文件(工商登記)、利害關係人)

公司名稱				登記字號/ 統一編號	
營業性質				職災編號	
<input type="checkbox"/> 負責人基本資料	姓名	生日	年 月 日	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 地址	登記地址：				
	通訊地址： <input type="checkbox"/> 同上				
<input type="checkbox"/> 電子郵件				電話	

※保單地址/電話/Email 不可為所招攬之保險業務員本人或與其所屬公司、分支機構之地址，如要保單位為左列機構則不在此限。

其他變更項目

<input type="checkbox"/> 印鑑變更	<input type="checkbox"/> 要保單位印鑑	<input type="checkbox"/> 負責人印鑑	<input type="checkbox"/> 補發申請	<input type="checkbox"/> 保險單	<input type="checkbox"/> 保險證	<input type="checkbox"/> 保險費收據
<input type="checkbox"/> 調整保障內容	<input type="checkbox"/> 新增計畫別 _____					
	<input type="checkbox"/> 其他變更項目：					

契約終止(中途解約)：本保單自民國 年 月 日零時起終止。

其他變更事項(請說明)：

	<input type="checkbox"/> 新增關係企業 <input type="checkbox"/> 變更新印鑑
(「公司章及負責人章」請蓋上原始印鑑) 要保單位蓋章處	(請蓋上變更後「公司章及負責人章」) 要保單位蓋章處

(針對以上填寫內容，要保單位已充分了解並確認內容正確後簽章)

核保專用欄	英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司	
	同意上述變更自民國 年 月 日零時起生效。	
	核保主管	承辦人員

保經/保代公司章： _____
 招攬人員(親簽)： _____
 業務員登錄證號： _____