# 宏泰人壽保險股份有限公司

## 旅行平安險契約內容變更申請書

保單號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　要保人/被保險人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保險期間：自民國　　年　　月　　日　　時開始起保。

申請日期：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

***●請在○勾選變更項目，並詳細填寫變更內容：***

○　**保險期間變更為：○延長　○縮短**

自原訂＿＿年＿＿月＿＿日＿＿時　至　＿＿年＿＿月＿＿日＿＿時止　共＿＿天

改為＿＿年＿＿月＿＿日＿＿時　至　＿＿年＿＿月＿＿日＿＿時止　共＿＿天

○　**保額變更為：*○個人***　　***○團體每人***

意外險＿＿＿萬元　　意外險＿＿＿萬元　共＿＿＿萬元

傷害醫療＿＿＿萬元　　傷害醫療＿＿＿萬元　共＿＿＿萬元

傷害醫療及海外疾病＿＿＿萬元　傷害醫療及海外疾病＿＿＿萬元　共＿＿＿萬元

○　**契約撤銷、撤銷原因：**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○　**受益人變更為：**＿＿＿＿＿＿＿＿關係　＿＿＿＿受益人身分證統一編號＿＿＿＿＿＿＿＿

○　**其他資料變更**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○　**被保險人人數**　○ 增加＿＿＿＿人　○ 減少＿＿＿＿人

增加＜減少＞人員基本資料如下　☐ **被保險人已知悉並同意接受本要保書所載之聲明同意事項。**

| 被保險人（/要保人） | | | | | | 身故/喪葬費畢保險金受益人 | | | 保障項目 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 姓名及簽署 | 出生年月日<br>身分證統一編號 | 性別 | 聯絡方式<br>(請務必填寫電話) | 工作職位/性質 | 法定代理人簽名欄 | 姓名/與被保險人關係 | 身分證統一編號 | 聯絡地址/電話(註4) | ☐一般投保<br>☐申根專案(註1)<br>僅需填寫1.意外身故及失能保險<br>1.意外身故(需滿15足歲)及失能保險金 | 2.傷害醫療保險金限額(註2) | 3.傷害醫療保險金限額及海外突發疾病醫療健康保險限額(註3) | 保險費 |
| | | | ☐同要保人<br>☐其它＿＿＿ | | | | | ☐同要保人<br>☐不同意提供 | 萬元 | 萬元 | 萬元 | 元 |
| | | | ☐同要保人<br>☐其它＿＿＿ | | | | | ☐同要保人<br>☐不同意提供 | 萬元 | 萬元 | 萬元 | 元 |
| | | | ☐同要保人<br>☐其它＿＿＿ | | | | | ☐同要保人<br>☐不同意提供 | 萬元 | 萬元 | 萬元 | 元 |
| | | | ☐同要保人<br>☐其它＿＿＿ | | | | | ☐同要保人<br>☐不同意提供 | 萬元 | 萬元 | 萬元 | 元 |
| | | | ☐同要保人<br>☐其它＿＿＿ | | | | | ☐同要保人<br>☐不同意提供 | 萬元 | 萬元 | 萬元 | 元 |

**(註1)旅行期間之目的地若僅限至申根公約國家，保障內容中傷害醫療保險金限額為150萬元，海外突發疾病醫療健康保險限額為75萬元。**
**(註2)不得超過主契約保額之1/10。**
**(註3)不得超過主契約保額之1/10及僅限國外旅遊適用。**
**(註4)如身故/喪葬費用保險金受益人以身分別指定或不同意填寫受益人之聯絡地址及電話者，要保人所留之聯絡方式作為日後身故/喪葬費用保險金受益人之通知依據。**

| 保險費 | 應補保費　　元 | 應退保費　　元 |
|---|---|---|

※　本人聲明本申請書經宏泰人壽同意核准附屬於旅行平安險保單號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿

保險契約內，並構成原契約的一部份。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

要保人(單位/集體件由代理人簽章)簽名

**通訊處：**＿＿＿＿＿＿**招攬人員簽名：**＿＿＿＿＿＿

| 審核專用欄 | | 通訊處專用欄 |
|---|---|---|
| 核　定 | 初　核 | 行專受理章 |
| | | |

114/11版