



傷害暨健康險批改申請書

適用險種(團、個、旅、健)

註：重要事項告知 QR CODE

保單號碼		批單號碼	
要保人			
被保險人			
保險期間	自民國 年 月 日 時起 至民國 年 月 日 時止		

批改事項：(請打“✓”於□內並填寫相關資料)，本保險單自 年 月 日起辦理

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. 要保人／被保險人姓名變更(請檢附身分證證明文件) | ☐ 7. 註銷，原因：_____ |
| ☐ 2. 職業變更(任職機構及詳細工作內容) | ☐ 8. 繳費方式變更為：_____ |
| ☐ 3. 受益人變更(請填寫姓名、關係、比例或順位) | ☐ 9. 取消自動續保 |
| ☐ 4. 地址變更 | ☐ 10. 退保 |
| ☐ 5. 團體傷害險： ☐ 加保/ ☐ 退保(填寫下表或另檢附名冊) | ☐ 11. 其他 |
| ☐ 6. 保險期間： ☐ 延長/ ☐ 縮短，至民國 年 月 日 時止(僅旅平險適用) | |

批改變更內容如下，請註明批改事項編號例(1. XXX 2. XXX)：

【團體傷害險】 加保、退保申請	加保生效日	被保險人姓名	出生日期	身分證字號	工作性質	計畫別	身故失能保額(萬)	傷害醫療 實支實付 日額		身故受益人 姓名／關係
退保申請	退保生效日	被保險人姓名		身分證字號		退保生效日	被保險人姓名		身分證字號	

【申請人】

上開批改事項請核發批單憑執為荷。

要保人簽章：_____ 簽章 被保險人：_____ 簽章 法定代理人：_____ 簽章
(公司行號請蓋大小章)

核保		經辦人		輸入		服務人員		保險業務員		保經代簽章	
----	--	-----	--	----	--	------	--	-------	--	-------	--

臺灣產物保險股份有限公司保險費信用卡付款授權書

要保人簽章：(需與要保書相同)	保單號碼/繳款單號/被保險人 ID/牌照號碼：	
信用卡授權(持卡)人與保單之關係：(請擇一勾選) 一、 授權(持卡)人為 ☐ 要保人 ☐ 被保險人 ☐ 受益人 (若本公司系統未留存受益人身分證統一編號，請人工檢核是否為保單關係人) 二、 授權(持卡)人為 ☐ 要保人 ☐ 被保險人 ☐ 受益人 之配偶或二親等血親內親屬或法定代理人 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 子女 ☐ 兄弟姐妹 ☐ (外)祖父母 ☐ (外)孫子女 ☐ 監護人 ☐ 輔助人 ◆ 請檢附身分證影本或戶口名簿影本等關係證明文件 三、 授權(持卡)人為 ☐ 法人(公司商務卡) ☐ 法人負責人 ☐ 法人員工 ◆ 請檢附識別證或名片或聲明書等關係證明文件		
法人授權信用卡付款聲明書 茲聲明授權書內信用卡之授權(持卡)人為要保人、被保險人之公司商務卡或其負責人或其員工，並同意以授權書內信用卡帳戶扣繳本公司保險費。 聲明人：(要保人、被保險人之大小章) _____		
信用卡種類： ☐ VISA ☐ MASTER ☐ JCB		
信用卡卡號：_____ — _____ — _____ — _____		
授權(持卡)人姓名：(中文正楷)	授權(持卡)人身分證統一編號：	
發卡銀行：	信用卡有效期限： 西元_____月_____年	授權(簽帳)日期： _____年_____月_____日
保險費信用卡授權金額：拾 萬 仟 佰 拾 元整		
授權(持卡)人簽名：(留存信用卡上之簽名樣式)	授權(持卡)人聯絡電話：	

註：

1. 信用卡授權人同意以信用卡支付上開保險費予臺灣產物保險股份有限公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。
2. 本項交易若未獲聯合信用卡處理中心核准，則本保險費信用卡付款授權書自動失效，保險費視同未收。
3. 保單服務人員(含業務員)須對授權書填寫之內容審核無誤，包含卡號、授權人姓名、身分證統一編號、信用卡有效期限、授權人和要保人簽名等資訊。

保單服務人員(含業務員)審核無誤：_____

(財) 110/11 版

➤ 授權(持卡)人已充分知悉本公司依據個人資料保護法所告知之事項，並清楚瞭解本公司蒐集、處理及利用授權(持卡)人相關資料之目的及用途。上開告知事項已公告於本公司官網(<https://www.tfmi.com.tw>)。

※保單有附加自動續保(約)條款者，始適用下列信用卡授權約定事項※

- 一、 本授權書之效力包括本授權書所約定之保險單，要保人加保自動續約附加條款時，授權(持卡)人同意以本授權書之信用卡支付上開保險之續保保險費。
- 二、 信用卡如有卡號變更、停用或有效期限到期等情事，授權(持卡)人應主動通知本公司並重新填具授權書。