

中華郵政簡易人壽保險 行動投保新契約內容更正申請書

茲聲明本要保人將第_____號郵政簡易人壽保險契約內容更正事項如下表，**並同意本申請書經貴公司同意後，將構成本保險契約之一部份；另本人已瞭解「郵政壽險履行個人資料保護法告知義務書(新立契約)」相關內容。**

此致 中華郵政股份有限公司

內容更正事項 (只須填寫欲更正之內容，未更正之內容，視同以原要保書內容為主)					
一、要保人/被保險人基本資料更正或聯絡資料更正					
被保險人	姓名		出生日期		身分證統一編號
	地 址：□□□□□□				電話()
	職業內容	職業： 詳細工作內容：	職業代號	<input type="checkbox"/> 兼職，工作內容	
			職業分類		
要保人	姓名		出生日期		身分證統一編號
	地 址：□□□□□□				
	公司電話() 住家電話() 行動電話				
	職業 職位 E-MAIL 要保人為被保險人之何人：				
二、受益人					
保險金種類	項目	姓名	身分證統一編號	為被保險人之何人	
滿期/祝壽 保險金受益人	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 刪除 <input type="checkbox"/> 更正				
	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 刪除 <input type="checkbox"/> 更正				
生存保險金 受益人	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 刪除 <input type="checkbox"/> 更正				
	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 刪除 <input type="checkbox"/> 更正				
	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 刪除 <input type="checkbox"/> 更正	生存保險金轉存存簿局帳號 局號： 帳號			
身故保險金 受益人	分配方式	項目	姓名	身分證統一編號	為被保險人之何人
	<input type="checkbox"/> 均分	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 刪除 <input type="checkbox"/> 更正	地址：		電話：
		<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 刪除 <input type="checkbox"/> 更正	地址：		電話：
	<input type="checkbox"/> 順位 (請註明順位序號)	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 刪除 <input type="checkbox"/> 更正	地址：		電話：
		<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 刪除 <input type="checkbox"/> 更正	地址：		電話：
<input type="checkbox"/> 比例(%) (請註明比例)	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 刪除 <input type="checkbox"/> 更正	地址：		電話：	
三、其他 (以上欄位不足填寫或未表列之更正事項，請填寫於此欄)					

簽名欄位		業務員	
被保險人親自簽名：_____ 要保人親自簽名：_____		服務郵局/單位	業務員簽名
法定代理人/ 監護人親自簽名：_____ 與要保人或被保險人關係：_____ <small>(要保人、被保險人未滿七歲/受監護宣告者，由法定代理人/監護人代簽及簽名；要保人、被保險人七歲(含)以上未滿二十歲者，由本人及法定代理人簽名)</small>		受理部門	
申請日期 中華民國_____年_____月_____日		經辦章： <small>(儲匯壽險專用章)</small>	
		主管章：	

保管年限 儲蓄保險期滿後
終身保險事故發生 保管五年