



批單號碼：

強制 任意 汽車保險單批改申請書

保單號碼		強制保險證號碼		收費日期	年 月 日
被保險人	(必填)	手機號碼	(必填)	牌照號碼	(必填)
引擎號碼		引擎號碼			
保單生效日期	自民國 年 月 日	中午 12 時起至民國 年 月 日	中午 12 時止		
批改生效日期	自民國 年 月 日	中午 12 時起		申請批改事項	<input type="checkbox"/> 過戶 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 更正 <input type="checkbox"/> 加減保 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 其他

過戶(新車主) / 更正(原車主)	被保險人： _____ 國籍： _____	過戶聲明(請務必勾選)	1. 辦理過戶批改，如保費計算涉及從人因素，需依過戶後新車主過往投保紀錄重新計算保險費。
	身分證字號/統一編號： _____		2. 被保險汽車之行車執照業經過戶，而任意保險契約在行車執照生效日起，超過十日未申請權益移轉者，保險契約效力暫行停止。
	出生日期/法人設立日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日		<input type="checkbox"/> 僅投保強制險辦理過戶。
	通訊地址： _____		<input type="checkbox"/> 僅投保任意險辦理過戶。
	電話： _____ 婚姻： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚		<input type="checkbox"/> 強制險過戶及任意險退保。
電子信箱： _____	<input type="checkbox"/> 強制險及任意險一併辦理過戶。	<input type="checkbox"/> 僅辦理強制險過戶，不辦理任意險過戶或退保。	
是否使用電子保單： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
其他： _____			

退保原因 牌照繳銷、吊銷、註銷、停駛 報廢 重複投保 其他

本次申請如有退費，同意以下列方式退費

退費匯入銀行/郵局： \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 分行，帳號： \_\_\_\_\_ (請附銀行存摺封面影本)

支票郵寄地址：同通訊地址 其他 \_\_\_\_\_

抵繳單號： \_\_\_\_\_ (需與被保險人相同)

加保 / 減保						批改事由說明
批改性質	險種代號	保險種類	保險金額(新台幣元)	自負額	保險費	
合計						

**附加駕駛人傷害保險名冊** 受益人申請本項醫療保險給付時，應檢具就診之合格醫療院所開立之醫療費用收據或影本加蓋與正本相符及醫療機構收據專用章及本保險契約相關文件以憑辦理。身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

被保險人(簽名)	身分證號碼	出生年月日	與要保人之關係	受益人姓名	受益人身分證字號	與被保險人之關係	給付順位	給付比例(%)	受益人聯絡電話	受益人聯絡地址

**【聲明事項】**

- 本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
- 本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理、利用或國際傳輸之權利。
- 若申請辦理過戶或退保，自約定生效日起，保單及收據失其效力。
- 如要/被保險人委託代理人辦理批改時，需檢附代理人之身分證明文件及連絡電話。

要/被保人簽章：	申請人簽章：	申請人電話：	申請日期： 年 月 日	收件章	
				收件人：	<input type="checkbox"/> 臨櫃辦理 <input type="checkbox"/> 客戶自行郵寄
核保	初核 / 輸入	服務人員	業務來源 代理(經紀)人	招攬人員	
				單位	
				姓名	
				登錄字號	

【退保應檢附之文件】 1 報廢、繳銷、停駛、過戶之證明文件 2 存摺封面影本  
【過戶應檢附之文件】 原保戶：1 身分證影本或營業登記證影本 新保戶：1 身分證證明文件影本