



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：	

要保單位資料變更(請在變更項目□內打√並填寫變更後之內容)

<input type="checkbox"/> 要保單位基本資料變更：		※請檢附營利事業登記文件、利害關係人	
<input type="checkbox"/> 公司名稱		登記字號/ 統一編號	
<input type="checkbox"/> 負責人	生日	年 月 日	國 籍
<input type="checkbox"/> 地 址			電 話
※保單地址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，如要保單位為上述機構則不在此限。			
<input type="checkbox"/> 新增關係企業：		※請檢附業務員報告書、法人身分資訊聲明書、營利事業登記文件、利害關係人	
公司名稱		登記字號/ 統一編號	
負責人			
地 址			電 話
<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"/> 繳別變更： <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳			
<input type="checkbox"/> 保險單補發 <input type="checkbox"/> 保險證補發 <input type="checkbox"/> 補發保險費收據			
<input type="checkbox"/> 契約終止(中途解約)：本保單自民國 年 月 日零時起終止。			
<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：			
<input type="checkbox"/> 其他(請說明)：			
「公司章及負責人章」請蓋上原始印鑑		<input type="checkbox"/> 新增關係企業 <input type="checkbox"/> 變更新印鑑 請蓋上變更後「公司章及負責人章」	
要保單位蓋章處		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

保經代簽署章：\_\_\_\_\_

業務員(親簽)：\_\_\_\_\_

登錄證號：\_\_\_\_\_