



凱基人壽
KGI LIFE

團體保險契約內容變更申請書

Group Insurance Policy Change Application Form

招攬單位 Agency	
招攬人員姓名 Name of Agent	
招攬單位收件章 For agent office seal	

保單號碼 Policy Number		要保單位 Applicant																															
保險期間 Insurance Period	自	年	月	日	零時起	至	年	月	日	零時止																							
	From	Y	M	D	00:00	To	Y	M	D	00:00																							
保險 變更事項 Amendatory item	<input type="checkbox"/> 變更資料 Change Data	<input type="checkbox"/> 新增關係企業 New Applicant	<input type="checkbox"/> 變更印鑑 Change of Seal	<input type="checkbox"/> 終止契約 Termination																													
	<input type="checkbox"/> 基本資料 Company Info	<input type="checkbox"/> 延長保險期間 Protraction of Insurance Period	<input type="checkbox"/> 調整保障內容 Change of insurance coverage	<input type="checkbox"/> 其他(於其他聲明事項說明) Others																													
變更內容 Change Contents	自	年	月	日	零時起	至	年	月	日	零時止																							
	From	Y	M	D	00:00	To	Y	M	D	00:00																							
	<input type="checkbox"/> 要保單位 Applicant				<input type="checkbox"/> 負責人 Responsible person																												
	<input type="checkbox"/> 地址 Address																																
<input type="checkbox"/> 電話號碼 TEL.			<input type="checkbox"/> 傳真號碼 FAX.			<input type="checkbox"/> 統一編號 VAT NO.																											
其他聲明事項 Announcement:						<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">原始印鑑用印處 For original seal</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>要保單位 Applicant</td> <td colspan="3">負責人 Responsible person</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">新印鑑用印處 For new seal</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>要保單位 Applicant</td> <td colspan="3">負責人 Responsible person</td> </tr> <tr> <td>申請日期</td> <td colspan="4">年 月 日</td> </tr> </table>					原始印鑑用印處 For original seal					要保單位 Applicant	負責人 Responsible person			新印鑑用印處 For new seal					要保單位 Applicant	負責人 Responsible person			申請日期	年 月 日			
原始印鑑用印處 For original seal																																	
	要保單位 Applicant	負責人 Responsible person																															
新印鑑用印處 For new seal																																	
	要保單位 Applicant	負責人 Responsible person																															
申請日期	年 月 日																																
註: 1. 申請退保時, 請於退保5日前通知, 並須繳交未收之保費及退還保險契約。 2. 新增要保單位時, 應聲明新增單位之營業項目即被保險人人數、職業類別, 並提供地址與名冊。 3. 保險批改事項之內容請於“聲明事項”欄中說明。																																	
Remark: 1. In applying for termination, please advise the insurer on fifth day prior to the termination date. The unpaid due premium and insurance contract shall be attached. 2. In applying for new applicant, an item of business, insurance population, the occupational classification shall be claimed. The address and name list shall be provided. 3. The content of amendments shall be described in the Announcement.																																	
保險公司專用欄 For the insurer only	1. 茲經 貴要保單位通知本公司同意上開事項自 年 月 日零時起生效。 2. 本保險批改單一式兩份, 一份存於要保單位, 一份由保險公司留存。																																
	1. The insurer is advised by Applicant for the agreement on those described above and shall be effective form Y M D 00:00. 2. Two transcripts of the application form are preserved by applicant and insurer respectively.																																
						用印處																											



* G Q 8 1 Q 1 Q 1 Q 2 *