

遠雄人壽保險事業股份有限公司

付款票據變更申請書-團保客戶使用

書件編號：

申請日期：		保單號碼：		
付款銀行：		帳號：	支票號碼：	支票金額：
票據付款事由	<input type="checkbox"/> 保險理賠給付--一般給付		<input type="checkbox"/> 保險理賠給付--死亡給付	<input type="checkbox"/> 保全給付申請
	<input type="checkbox"/> 新契約變更申請		<input type="checkbox"/> 續期保費退費申請	<input type="checkbox"/> 其他
變更項目	<input type="checkbox"/> A. 取消禁止背書轉讓 (支票經取消禁止背書轉讓，一旦遭人冒領，其損失由申請人承擔)		<input type="checkbox"/> B. 取消平行線	<input type="checkbox"/> C. 變更抬頭
	<input type="checkbox"/> D. 其他			
變更原因	<input type="checkbox"/> 1. 未滿七歲之未成年人		<input type="checkbox"/> 1. 受款人要求並親臨發票銀行領取現金	<input type="checkbox"/> 1. 保戶姓名開立錯誤； 更正後：_____
	<input type="checkbox"/> 2. 滿七歲之成年人，但無銀行帳戶			<input type="checkbox"/> 1. 保戶變更姓名； 變更後：_____
<input type="checkbox"/> 3. 其他： 註：保戶親至公司簽領變更後支票				<input type="checkbox"/> 1. 支票毀損以致無法兌領
				<input type="checkbox"/> 2. 支票到期日超過一年以上無法兌領
※支票金額十萬元以上需檢附受款人身分證影本 ※支票金額超過NT\$50萬元以上者，依法令規定通報洗錢防制單位。 ※本票據變更申請書，本公司保有最後核准之權利。				
切結錄	本票據變更申請書及變更理由，確為支票受款人（即本書申請人）確實填寫。如有不實造成糾紛或損失概由本書申請人自負法律責任。簽章如下：			
	申請人簽名及蓋章：_____		要保單位大小章：_____	
	身分證字號：_____		法定代理人簽章：_____	
	聯絡電話：_____		身分證字號：_____	
	填寫日期： 年 月 日		聯絡電話：_____	
※申請人簽名欄需由支票受款人本人親自簽名；如申請人未成年，請同時經法定代理人確認簽名				
確認欄	※上述申請事項確實由申請人填寫並親簽無誤，若有虛偽、不實之行為，致申請人及保險公司遭受損害時，本人願依法承擔民事及刑事責任。			
	業務單位主管（處經理以上主管）經代/銀代總公司簽署人			
	業務人員簽章： (原送件人)	審核簽章：	審核簽章：	審核簽章：
(簽名及日期)		(簽名及日期)		(簽名及日期)
本公司行政單位受理審核記錄（申請人請勿填寫）				
本公司核決主管：	財務室：	本公司受理單位主管：	經辦人員：	簽收：