

支票更改申請書

申請日期：中華民國 年 月 日

要保人_____被保險人_____投保 貴公司保險(保單號碼_____).

 申請 理賠 生存 滿期金 年金 紅利 回饋金 其他：_____

原支票帳號_____，票號_____，金額_____。

 茲因(原因必填)：債務問題 行動不便 帳戶凍結 未開立帳戶 社福補助 其他(請詳述)
_____ (本公司可視金額大小與交易風險要求檢附相關證明文件)。

請 貴公司更改：

原支票更正	<input type="checkbox"/> 更改支票抬頭(限原收款人姓名錯字) (註:更改支票抬頭需附上收款人身分證影本; 更名者並請附上戶籍謄本) <input type="checkbox"/> 取消劃線 或 <input type="checkbox"/> 取消禁止背書轉讓 (註:取消劃線及禁背均需附上收款人身分證明及相關佐證文件始得受理; 取消劃線及禁背兩者僅能擇一項取消)
毀損/重新開立新票或匯款	<input type="checkbox"/> 匯款：_____銀行_____分行，銀行代碼_____、帳號_____ <input type="checkbox"/> 支票毀損重開 <input type="checkbox"/> 逾期票重開新票 (註:附支票或利得償還請求書; 匯款帳戶名一律為原收款人名稱，帳號務必填寫正確) <input type="checkbox"/> 新光人壽開立之支票分割(註:新開立支票帳號、票號由承辦人員填寫) 新票收款人_____帳號_____票號_____金額_____ 新票收款人_____帳號_____票號_____金額_____

蒐集、處理及利用個人資料告知事項：

新光人壽係為人身保險相關服務及執行而蒐集您的個人資料(包括但不限於姓名、身分證統一編號、地址及基於保險契約與服務關係所提供之個人資料等)。所蒐集之資料僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供予新光人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至新光人壽各行政部或利用新光人壽免費客戶服務專線(0800-031115)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集處理利用或刪除您的個人資料，惟新光人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，新光人壽將無法提供您完善的服務。

立書人已審閱蒐集、處理及利用個人資料告知事項，請貴公司惠予更正或重開/重匯，若有任何糾紛，概由立書人負完全責任，特立此據。 此致 新光人壽保險股份有限公司

受款人簽章：_____ 身分證統一編號：_____

※ 受款人未滿 7 歲或受監護宣告者，須由法定(意定)代理人/監護人於受款人處代為簽名，旁邊再簽法定代理人/監護人姓名並寫上“代”字，另法定代理人/監護人仍須於法定代理人/監護人簽章處簽名；受款人為未成年且未婚、或為受監護、輔助宣告之人，請法定(意定)代理人/監護人/輔助人簽章

法定(意定)代理人/監護人/輔助人簽章：_____ 關係：_____

身分證統一編號：_____ 國籍：_____ 生日：_____

茲見證本申請書確為立書人等親自簽章辦理，本人已確實核對其身分資料無誤，如有虛偽不實，本人等願負法律上之責任。			總公司部室/行政部核定欄		
服務單位名稱	見證人(服務/櫃台人員)簽章	單位主管簽章	經辦	科主任	部主管
服務單位名稱代號					

註1：單張支票金額達新臺幣50萬元(含)，申請取消禁止背書轉讓者，本公司將依洗錢防制法規定，向調查局申報大額通貨交易。

註2：意定代理：受益人授權他人代理，授權書須經我國駐外單位認證，或監所矯治機關見證，或民間公證人或法院公證，並明確載明授權範圍及支票更改申請內容，且留存授權證明文件於本公司。