

中華民國儲蓄互助協會
社員團體互助基金變更名冊

第__頁

一、申請項目：變更 更正

二、社號：_____ 社名：_____ 電話：() _____

三、變更或更正資料：如變更受益人應請被保險人於簽章處簽名。

※若為變更受益人時，請加填寫友邦人壽「身故保險金受益人指定/變更申請書」

存摺 編號	投保 編號	姓名	申請變更/更正【請勾選申請項目並註明正確資料】	被保險人 簽章
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	
5			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	
10			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	
			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	
15			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 受益人(說明關係): 變更或更正為:	

社印：

理事長印：

專職／社務助理／經理印：

申請日期：_____年____月____日