



# 피보험자의 직업 및 직무 변경 통지서

접수번호:

**고객 작성란**

\* 「고객 작성란」 과 「직업 및 직무 변경사항란」 은 고객이 자필로 작성 하셔야 합니다 .  
\* \* 표시는 고객 필수 항목 입니다.

<b>신청방법</b>	<input type="checkbox"/> 본인내방	<input type="checkbox"/> 대리인 내방	<input type="checkbox"/> MP 접수	<input type="checkbox"/> 우편접수
-------------	-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

1. 신청인 인적사항				
계약자	성 명 *			주민등록번호*
	친권자, 후견인 동의란	성명	(인)	성명 (인)
	주 소			
	E - Mail			
	전화번호	( ) - ( )	휴대폰: ( ) - ( )	
	스마트폰 여부 <small>고객 안내문 수신 동의 (중복 선택 가능)</small>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	휴대전화문자 안내동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 거부
* 본인은 귀사가 제공하는 각종 정보 (제지급금, 납입최고, 보험금 등) 및 안내문을 본인의 휴대전화 문자(SMS, LMS) 또는 E-Mail로 안내 받음에 동의합니다.				
대리인	성 명	(인)	주민등록번호	
	주 소			
	연락처		계약자와의 관계	

2. 직업 및 직무 변경사항 (*해당사항 기재)				
직업 (직무) 변경사항	구 분	변 경 전		변 경 후
	근무 지역			
	근무처 이름			
	업 종			
	하는 일			
	운전 차종			
변경일자		년	월	일
이륜자동차, 원동기장치자전거 사용여부		사용	미사용	사용      미사용
		사용 시작 일자		년      월      일

3. 계약 사항			
증권번호		상 품 명	

4. 반제금 수령계좌 *반제금 발생시에만 해당되며, 반드시 계약자 본인 명의의 계좌만 기재			
은 행*		계좌번호*	
		예금주*	

상기 계약자 본인은 관련 약관 조항에 의거하여 위와 같이 보험대상자의 직업(또는 직무) 변경 사실을 귀사에 통지 하며, 이에 따라 계약이 해지되거나 기납입보험료(또는 해지환급금)의 정산 및 장래 납입할 보험료가 변경 될 수 있음을 충분히 인지 하였기에 본 통지서를 제출 합니다.

년      월      일      계 약 자      (인감)

첨 부 : 직업(직무) 변경사실 확인서류 1부

<b>회사작성란</b>	*상기 변경 신청 계약에 대하여 정당한 신청권자 본인이 작성한 것임을 확인하였기에 변경 신청 의뢰하며, 사고발생 및 규정 미이행에 따른 모든 책임을 질 것을 약속합니다. (Agent 접수건은 상기 사항에 대해 반드시 고객이 작성한 방문확인서 첨부)						
<b>접수기관</b>		<b>접수일자</b>		<b>접수자</b>	(인)	<b>확인자</b>	(인)