



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.

신청방법 본인내방 대리인 내방 우편접수

1. 신청인 인적사항

계약자	성 명 *			주민등록번호*		
	친권자, 후견인 동의란	성명	(인)	성명	(인)	
	주 소					
	E - Mail					
	전화번호	()	-	휴대폰: ()	-	
	스마트폰 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	휴대전화문자 안내동의		<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 거부	
	고객 안내문 수신 동의 (중복 선택 가능)	<input type="checkbox"/> E-Mail동의	<input type="checkbox"/> LMS 동의(스마트폰 사용자만 선택 가능)			
* 본인은 귀사가 제공하는 각종 정보 (제지금금, 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

회사작성란 ※상기 변경 신청 계약에 대하여 정당한 신청권자 본인이 작성한 것임을 확인하였기에 변경 신청 의뢰하며, 사고발생 및 규정 미이행에 따른 모든 책임을 질 것을 약속합니다.

접수기관		접수일자		접수자	(인)	확인자	(인)
------	--	------	--	-----	-----	-----	-----