

富邦產物保險股份有限公司

綜合保單(個人保險)批改申請書

進件 歸檔

*保單號碼	批單號碼	*批改生效日	年 月 日
*要保人	*身分證號	*批改申請人經 辦代號(9碼)	
*被保險人	*身分證號		
付款人	保險期間	自 年 月 日起至 年 月 日止	
標的物地址			

請勾選修改項目，並填寫變更後內容，不擬變更之項目，毋須填寫

<input type="checkbox"/> (主)被保險人資料變更				<input type="checkbox"/> 要保人資料變更 (<input type="checkbox"/> 同被保險人)			
身分證號	姓名	代表人	身分證號	姓名	代表人	身分證號	姓名
出生日期	年 月 日	姓別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	出生日期	年 月 日	姓別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
國籍	<input type="checkbox"/> 1. 本國人 <input type="checkbox"/> 2. 外國人	婚姻	<input type="checkbox"/> 1. 未婚 <input type="checkbox"/> 2. 已婚	國籍	<input type="checkbox"/> 1. 本國人 <input type="checkbox"/> 2. 外國人	婚姻	<input type="checkbox"/> 1. 未婚 <input type="checkbox"/> 2. 已婚
公司名稱	職稱	副業		住宅電話		聯絡電話	
工作內容	實支	<input type="checkbox"/> Y. 是 <input type="checkbox"/> N. 否		分機			
職業代碼	身高	公分	體重	公斤	行動電話		
住宅電話				E-MAIL			
聯絡電話	分機			通訊地址	□□□		
行動電話							
E-MAIL							

<input type="checkbox"/> 要保人與(主)被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 父女 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 母女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> (外)祖孫 <input type="checkbox"/> 僱傭 <input type="checkbox"/> 其他(請說明關係：_____)			
<input type="checkbox"/> 經辦代號變更：		<input type="checkbox"/> 保期變更：自 年 月 日起至 年 月 日止	
<input type="checkbox"/> 首年度繳費方式變更： <input checked="" type="checkbox"/> 現金(首年度不得變更其他繳費方式)		<input type="checkbox"/> 續年度繳費方式變更(請檢附相關資料)： <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 帳戶	
<input type="checkbox"/> 信用卡或帳戶資料變更(請檢附相關資料)： <input type="checkbox"/> 首期 <input type="checkbox"/> 續期		<input type="checkbox"/> 繳別變更： <input checked="" type="checkbox"/> 年繳(分期件僅能變更為年繳，年繳件不得變更為分期)	
<input type="checkbox"/> 自動續約註記變更： <input type="checkbox"/> Y. 自動續約 <input type="checkbox"/> N. 不自動續約		<input type="checkbox"/> 續保約註記變更： <input type="checkbox"/> Y. 續保件 <input type="checkbox"/> N. 非續保件	

<input type="checkbox"/> 抵押權人變更	總行名稱一：	分行名稱一：	分行列印： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總行代號一：	分行代號一：	
	總行名稱二：	分行名稱二：	分行列印： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	總行代號二：	分行代號二：	
總行名稱三：	分行名稱三：	分行列印： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
總行代號三：	分行代號三：		

<input type="checkbox"/> 標地資料及 建物等級變更	標的物地址：□□□□	所在樓層： <input type="checkbox"/> 2樓(含)以上 <input type="checkbox"/> 2樓以下
	總樓層數：地上共 層/地下共 層	建築年份：
	建築物本體：	屋頂：
	建物等級： <input type="checkbox"/> 特一等 <input type="checkbox"/> 特二等 <input type="checkbox"/> 頭等	使用面積： 坪

<input type="checkbox"/> 註銷	<input type="checkbox"/> 退保(按短期計算)	<input type="checkbox"/> 退保(按日計算)	<input type="checkbox"/> 恢復承保	<input type="checkbox"/> 停效	<input type="checkbox"/> 復效	<input type="checkbox"/> 解除契約(不退費)	<input type="checkbox"/> 解除契約(退保費)
-----------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------------	------------------------------------

<p>經辦備註：</p> <p>※本次申請如有退費，同意以下列方式退費：</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 匯款(限要保人帳戶)：_____ 銀行 _____ 分行 帳號：_____</p> <p>※為避免帳號誤植或填寫不清楚，退費方式為匯款時建議提供存摺影本！</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 支票：<input type="checkbox"/> 親領 <input type="checkbox"/> 代領 <input type="checkbox"/> 郵寄(郵資由退保費中扣除) <input type="checkbox"/> 扣郵資</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 現金(需代扣百分之四印花稅)：<input type="checkbox"/> 親領 <input type="checkbox"/> 代領 代領支票或現金之連絡人 _____ 電話 _____</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 抵繳其他保單：(1) _____ 金額 _____ 元 (2) _____ 金額 _____ 元 (3) _____ 金額 _____ 元</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 信用卡：退款至原授權之信用卡中</p> <p>6. <input type="checkbox"/> 沖退撤票：退費轉 _____ 分公司領取(此項由保險公司填寫)</p>	<p>本人(本公司)為 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人(請擇一或複選)，係投保 貴公司保險，今向 貴公司提出 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 註銷(請擇一)該保單之申請，惟該保險單正本(副本)、收據正本(副本)已遺失，為求本申請業務之順利進行，本人(本公司)親自(或委託代理人)持相關身分證件證明，向 貴公司洽辦，惟爾後有關該保險單權益之任何糾紛皆由本人(本公司)自負全部責任，概與 貴公司無涉，特此切結。</p> <p>此致</p> <p style="text-align: center;">富邦產物保險股份有限公司</p> <p>立切結書人</p> <p>要保人： _____ 代理人： _____ 被保險人： _____ 身分證號： _____ 身分證號或統編： _____ 聯絡電話： _____ 聯絡電話： _____</p>
---	--

表單申請	申請人	保險公司審核欄位			保經代簽署欄
<p>※請於 <input type="checkbox"/> 內勾選並註明份數 <input type="checkbox"/> 電子保單</p> <p><input type="checkbox"/> 批單正本 _____ 份、副本 _____ 份</p> <p><input type="checkbox"/> 換發 <input type="checkbox"/> 補發保單正本 _____ 份、副本 _____ 份</p> <p><input type="checkbox"/> 換發 <input type="checkbox"/> 補發收據正本 _____ 份、副本 _____ 份</p> <p><input type="checkbox"/> 加繳收據正本 _____ 份、副本 _____ 份</p>	<p>客戶簽章：</p> <p>身分證號：</p> <p>聯絡電話：</p>	協理區主管	單位主管	覆核人員	
<p>※收回文件</p> <p><input type="checkbox"/> 保單正本 _____ 份、副本 _____ 份</p> <p><input type="checkbox"/> 收據正本 _____ 份、副本 _____ 份</p> <p><input type="checkbox"/> 其他(請說明) _____</p>	<p>經辦/批改人員簽章：</p> <p>登錄字號(身分證號)：</p> <p>聯絡電話：</p>	核保人員	輸入人員	受理日期	





<input type="checkbox"/> 被保險人名冊資料變更 ※被保險人姓名及身分證號必填，其他不擬變更之項目，毋須填寫									
<input type="checkbox"/> 修改 <input type="checkbox"/> 退保		*身分證號	出生日期	性別	國籍	婚姻	與主被保險人關係	身高	體重
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	<input type="checkbox"/> 1. 本國人 <input type="checkbox"/> 2. 外國人	<input type="checkbox"/> 1. 未婚 <input type="checkbox"/> 2. 已婚		公分	公斤
*被保險人姓名		公司名稱	職稱	工作內容	副業	職業代碼	實支	健告	
							<input type="checkbox"/> 1. Y <input type="checkbox"/> 2. N	<input type="checkbox"/> 1. Y <input type="checkbox"/> 2. N	
健告說明									
身故保險金受益人									
序號	姓名	身分證號	關係	備註	序號	姓名	身分證號	關係	備註
1					2				
3					4				
<input type="checkbox"/> 修改 <input type="checkbox"/> 退保		*身分證號	出生日期	性別	國籍	婚姻	與主被保險人關係	身高	體重
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	<input type="checkbox"/> 1. 本國人 <input type="checkbox"/> 2. 外國人	<input type="checkbox"/> 1. 未婚 <input type="checkbox"/> 2. 已婚		公分	公斤
*被保險人姓名		公司名稱	職稱	工作內容	副業	職業代碼	實支	健告	
							<input type="checkbox"/> 1. Y <input type="checkbox"/> 2. N	<input type="checkbox"/> 1. Y <input type="checkbox"/> 2. N	
健告說明									
身故保險金受益人									
序號	姓名	身分證號	關係	備註	序號	姓名	身分證號	關係	備註
1					2				
3					4				
<input type="checkbox"/> 修改 <input type="checkbox"/> 退保		*身分證號	出生日期	性別	國籍	婚姻	與主被保險人關係	身高	體重
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	<input type="checkbox"/> 1. 本國人 <input type="checkbox"/> 2. 外國人	<input type="checkbox"/> 1. 未婚 <input type="checkbox"/> 2. 已婚		公分	公斤
*被保險人姓名		公司名稱	職稱	工作內容	副業	職業代碼	實支	健告	
							<input type="checkbox"/> 1. Y <input type="checkbox"/> 2. N	<input type="checkbox"/> 1. Y <input type="checkbox"/> 2. N	
健告說明									
身故保險金受益人									
序號	姓名	身分證號	關係	備註	序號	姓名	身分證號	關係	備註
1					2				
3					4				

<input type="checkbox"/> 家庭傷害險成員名冊 ※被保險人姓名及身分證號必填，其他不擬變更之項目，毋須填寫									
<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 修改 <input type="checkbox"/> 退保		*被保險人姓名	*被保險人身分證號	與主被保險人關係	出生日期				
身故保險金受益人									
序號	姓名	身分證號	關係	備註	序號	姓名	身分證號	關係	備註
1					2				
3					4				
<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 修改 <input type="checkbox"/> 退保		*被保險人姓名	*被保險人身分證號	與主被保險人關係	出生日期				
身故保險金受益人									
序號	姓名	身分證號	關係	備註	序號	姓名	身分證號	關係	備註
1					2				
3					4				

<input type="checkbox"/> 保經代資訊變更						
登錄字號	保經代業務員姓名	保經代單位名稱	保經代單位代號	服務人員姓名	服務人員代號 (行員編號)	流水編號
其他變更(請說明):						

<input type="checkbox"/> 保單備註內容變更

