

# 富邦產物保險股份有限公司

住宅火險暨家庭綜合險批改申請書

進件 歸檔

*保險單號碼	批單號碼	<input type="checkbox"/> 火險/地震險保單 <input type="checkbox"/> 跨險保單 同時批改		
*要保人	*身分證號碼	*批改生效日	年 月 日	
*(主)被保險人	*身分證號碼	*批改申請人	經辦代號	
付款人	保險期間	~		
標的物地址				
<b>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</b>				
<input type="checkbox"/> 保單註銷	<input type="checkbox"/> 保單退保(按短期計算)	<input type="checkbox"/> 保單註銷(免收地震基本保費)	<input type="checkbox"/> 保單退保(按日計算)	
<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： _____		<input type="checkbox"/> 塗銷抵押權人一
	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： _____		<input type="checkbox"/> 塗銷抵押權人二
	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"/> 塗銷抵押權人三
<input type="checkbox"/> 標的資料及 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		建造年份： _____	
	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		裝潢總價： _____ 元	
使用面積： _____ 坪		裝潢總價： _____ 元		
變更保期：變更後保險期間自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止		<input type="checkbox"/> 經辦代號變更：		
<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*(主)被保險人)		
代表人	姓名	身分證號碼	出生日期	
民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
法人/自然人	<input type="checkbox"/> 1. 自然人 <input type="checkbox"/> 2. 法人 <input type="checkbox"/> 3. 法人無統編 <input type="checkbox"/> 4. 外籍人士	住宅電話	聯絡電話	
住宅電話	聯絡電話	住宅電話	聯絡電話	
行動電話	行動電話	E-MAIL	E-MAIL	
住所地址	住所地址	住所(通訊)地址	住所(通訊)地址	
經辦備註：				
<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"/> 家庭傷害保險成員名冊變更(請檢附家庭傷害險成員名冊)		<input type="checkbox"/> 信用卡或帳戶資料變更(請檢附信用卡或帳戶授權書)		
<input type="checkbox"/> 繳費方式變更： <input checked="" type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 恢復承保		<input type="checkbox"/> 自動續約註記變更 <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
※本次申請如有退費，同意以下列方式退費： 1. <input type="checkbox"/> 匯款(限要保人帳戶)：_____銀行 _____分行 帳號： _____ ※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！ 2. <input type="checkbox"/> 支票： <input type="checkbox"/> 親領 <input type="checkbox"/> 代領 <input type="checkbox"/> 郵寄(郵資由退費費中扣除) <input type="checkbox"/> 扣郵資 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 _____ 4. <input type="checkbox"/> 抵繳其他保單：(1) _____ 金額 _____ 元 (2) _____ 金額 _____ 元 (3) _____ 金額 _____ 元 5. <input type="checkbox"/> 信用卡：退款至原授權之信用卡中 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)		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。 此 致 富邦產物保險股份有限公司 立切結書人 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： _____		
表單申請	申請人	保險公司審核欄位		保經代簽署欄
※請於 <input type="checkbox"/> 內勾選並註明份數 <input type="checkbox"/> 電子保單 <input type="checkbox"/> 批單正本 _____ 份、副本 _____ 份 <input type="checkbox"/> 換發 <input type="checkbox"/> 補發保單正本 _____ 份、副本 _____ 份 <input type="checkbox"/> 換發 <input type="checkbox"/> 補發收據正本 _____ 份、副本 _____ 份 <input type="checkbox"/> 加繳收據正本 _____ 份、副本 _____ 份 ※收回文件 <input type="checkbox"/> 保單正本 _____ 份、副本 _____ 份 <input type="checkbox"/> 收據正本 _____ 份、副本 _____ 份 <input type="checkbox"/> 其他(請說明) _____	要保人簽章： 身分證號碼： 聯絡電話：	協理區主管 單位主管 覆核人員	核保人員 輸入人員 受理日期	
經辦/批改人員簽章： 登錄字號： 聯絡電話：				

1-EQOC0014-0



保額變更 (請勾選欲批改的險種項目, 並填寫險種代號及批改後之內容)

承保內容/保險標的物	保品	保額	裝潢增額約定比例
住宅火險	建築物		%
	動產		
地震基本保險	建築物		無

家庭傷害險成員名冊 ※被保險人姓名及身分證號碼必填, 其他不擬變更之項目, 毋須填寫

<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 修改	*被保險人姓名	*身分證號碼	與主被保險人關係	出生年月日
身故受益人				
序號	姓名	與被保險人關係	身分證號碼	備註
001				
002				
003				
004				
<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 修改	*被保險人姓名	*身分證號碼	與主被保險人關係	出生年月日
身故受益人				
序號	姓名	與被保險人關係	身分證號碼	備註
001				
002				
003				
004				
<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 修改	*被保險人姓名	*身分證號碼	與主被保險人關係	出生年月日
身故受益人				
序號	姓名	與被保險人關係	身分證號碼	備註
001				
002				
003				
004				

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):						

保單備註內容變更

--

0-EQ0C0014-1

