

# 富邦產物保險股份有限公司

## 個傷及個健批改申請書

進件 歸檔

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

**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(主)被保險人)			
身分證號碼		姓名		代表人		姓名	
出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	身分證號碼		姓名	
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	出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
公司名稱		職稱		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
工作內容		副業		住宅電話			
職業代碼		實支	<input type="checkbox"/> Y. 是 <input type="checkbox"/> N. 否	公司電話	分機		
身高	公分	體重	公斤	行動電話			
住宅電話				E-MAIL			
公司電話	分機			住所(通訊)地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
行動電話				<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"/> 其他勾選「其他」，請說明關係：_____ )			
E-MAIL							
住所地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> 經辦代號變更：				<input type="checkbox"/> 保險期變更：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"/> 帳扣授權書			
<input type="checkbox"/> 信用卡或帳戶資料變更(請檢附相關資料)：				<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"/> 續保註記變更： <input type="checkbox"/> Y. 續保件 <input type="checkbox"/> N. 非續保件			
<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)	

經辦備註：

※本次申請如有退費，同意以下列方式退費：

1. 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. 支票：親領 代領 郵寄(郵資由退保費中扣除) 扣郵資
3. 現金(需代扣千分之四印花稅)：親領 代領  
代領支票或現金之連絡人 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_
4. 抵繳其他保單：(1) \_\_\_\_\_ 金額 \_\_\_\_\_ 元  
(2) \_\_\_\_\_ 金額 \_\_\_\_\_ 元  
(3) \_\_\_\_\_ 金額 \_\_\_\_\_ 元
5. 信用卡：退款至原授權之信用卡中
6. 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)為要保人被保險人(請擇一或複選)，係投保 貴公司保險，今向 貴公司提出退保註銷(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： \_\_\_\_\_ 身份證號： \_\_\_\_\_  
身分證或統編： \_\_\_\_\_ 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	
	經辦/批改人員簽章：  登錄字號：  聯絡電話：	核保人員	輸入人員	受理日期	

1-EH0C0013-0





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				

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

--

