

富邦產物保險股份有限公司

旅綜險批改申請書

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 時 分止			
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"/> 變更保險期間：自 年 月 日起至 年 月 日 時 分止					
<input type="checkbox"/> 經辦代號變更：		<input type="checkbox"/> 旅遊國家變更：			
<input type="checkbox"/> 保單註銷		旅遊國家一	旅遊國家二	旅遊國家三	
<input type="checkbox"/> 被保險人名冊變更(請檢附名冊資料)					
<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)			
姓名		代表人			
身分證號碼		姓名			
出生日期	民國 年 月 日	身分證號			
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	出生日期	民國 年 月 日		
英文姓名		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		
護照號碼		住宅電話			
投保實支	<input type="checkbox"/> Y. 是 <input type="checkbox"/> N. 否	聯絡電話	分機		
住宅電話		行動電話			
公司電話	分機	E-MAIL			
行動電話		通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
E-MAIL					
住所地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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"/> 僱佣 <input type="checkbox"/> 其他(請說明關係：)			
<input type="checkbox"/> 經辦備註：					
※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(郵資由退保費中扣除) <input type="checkbox"/> 扣郵資 3. <input type="checkbox"/> 現金(需代扣千分之四印花稅)： <input type="checkbox"/> 親領 <input type="checkbox"/> 代領 代領支票或現金之連絡人_____電話_____		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：_____ 被保險人：_____ 身分證或統編：_____ 聯絡電話：_____			
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)					
表單申請 ※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)_____		申請人 客戶簽章： 身分證號： 聯絡電話： 經辦/批改人員簽章： 登錄字號(身分證號)： 聯絡電話：		保險公司審核欄位 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	
		保經代簽署欄			

1-ETOC0013-0



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"/> 新增 <input type="checkbox"/> 修改 <input type="checkbox"/> 退保	*被保險人姓名	*身分證號	出生日期	身故受益				
			年 月 日	序號	姓名	身分證號	與被保險人關係	備
				001				
	<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			002				
	英文姓名	護照號碼	投保實支	003				
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	004					
			005					

<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 修改 <input type="checkbox"/> 退保	*被保險人姓名	*身分證號	出生日期	身故受益				
			年 月 日	序號	姓名	身分證號	與被保險人關係	備
				001				
	<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			002				
	英文姓名	護照號碼	投保實支	003				
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	004					
			005					

<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 修改 <input type="checkbox"/> 退保	*被保險人姓名	*身分證號	出生日期	身故受益				
			年 月 日	序號	姓名	身分證號	與被保險人關係	備
				001				
	<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			002				
	英文姓名	護照號碼	投保實支	003				
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	004					
			005					

<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 修改 <input type="checkbox"/> 退保	*被保險人姓名	*身分證號	出生日期	身故受益				
			年 月 日	序號	姓名	身分證號	與被保險人關係	備
				001				
	<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			002				
	英文姓名	護照號碼	投保實支	003				
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	004					
			005					

 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-ET0C0013-1

