



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					
保險期間	自	年	月	日起至	年	月	日止

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"/> (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			
出生日期	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	身分證號	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
公司名稱		職稱		國籍	<input type="checkbox"/> 1. 本國人 <input type="checkbox"/> 2. 外國人	性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
工作內容		副業		住宅電話		婚姻	<input type="checkbox"/> 1. 未婚 <input type="checkbox"/> 2. 已婚
職業代碼		實支	<input type="checkbox"/> Y. 是 <input type="checkbox"/> N. 否	聯絡電話		分機	
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
行動電話							
E-MAIL				<input type="checkbox"/> 要保人與(主)被保險人關係：			
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<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 (若勾選「其他」，請說明關係：_____)			
<input type="checkbox"/> 經辦代號變更：				<input type="checkbox"/> 保期變更：自			
<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"/> 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)	
※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：_____				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：_____			
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_____							
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		申請人		保險公司審核欄位			
※請於 <input type="checkbox"/> 內勾選並註明份數 <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		客戶簽章： 身分證號： 聯絡電話：		協理區主管 單位主管 覆核人員			
※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)_____		經辦/批改人員簽章： 登錄字號(身分證號)： 聯絡電話：		核保人員 輸入人員 受理日期			

1-EHOC0011-0





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				

<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

業務員 ID	業務員姓名	隸屬單位名稱	隸屬單位代號	服務人員姓名	服務人員代號 (行員編號)	要保書流水號

其他變更(請說明)：

