

# 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	*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 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"/> 變更保期：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	<input type="checkbox"/> 保單退保	旅遊國家一	旅遊國家二	旅遊國家三	旅遊國家四
<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"/> 同被保險人)		
姓名	代表人				
身分證號	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				
聯絡電話	分機		E-MAIL		
行動電話	通訊地址		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
E-MAIL	通訊地址		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
通訊地址	<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"/> 僱傭 <input type="checkbox"/> 其他(請說明關係： )		

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：\_\_\_\_\_
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：

被保險人：

身分證或統編：

聯絡電話：

代理人：

身份證號：

聯絡電話：

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-ETOC0011-0

