



旺旺友聯產物保險股份有限公司 Union Insurance Co., Ltd.

總公司：台北市忠孝東路四段 219 號華新大樓 12 樓
電話：(02)2776-5567 傳真：(02)2741-7590、2741-6267

意外險保險單批改申請書

正本： 副本：

保險單號碼	字第	號	批單號碼	字第	號	
要保人						
被保險人						
保險期間	自	年	月	日	時起至	
		年	月	日	時止	
批改有效日期	自	年	月	日	時起至	
		年	月	日	時止	
批改申請事項	<input type="checkbox"/> 1. 退保 <input type="checkbox"/> 2. 中途投保 <input type="checkbox"/> 3. 效力恢復 <input type="checkbox"/> 4. 其他事項(請述明於備註欄) <input type="checkbox"/> 5. 加保或刪除事項(請述明於備註欄) <input type="checkbox"/> 6. 被保險人名稱(地址)變更為(請述明於備註欄) <input type="checkbox"/> 7. 保險期間應予延長至 年 月 日 時止 <input type="checkbox"/> 8. 效力暫停(被保險人書面通知後，始恢復其效力) <input type="checkbox"/> 9. 免費註銷(正、副本保單及收據請退還原承保單位) 全部收回 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 10. 保險金額變更(請述明變更項目及變更後之保險金額於備註欄內) <input type="checkbox"/> 11. 補發 <input type="checkbox"/> 保單正本 <input type="checkbox"/> 保單副本 <input type="checkbox"/> 收據正本 <input type="checkbox"/> 收據副本 註：若有退款情形，勾選以下退費方式 1. <input type="checkbox"/> 現金 2. <input type="checkbox"/> 支票 3. <input type="checkbox"/> 匯款：戶名：_____ 銀行名稱_____ 帳號_____ 4. <input type="checkbox"/> 抵繳					
	備註欄	批 改 前		批 改 後		
	請依照上列批改事項核發批單憑執為禱					
	應加/退保費(NT\$)：_____			申請人：_____ 簽章 _____年____月____日填		
	本公司內部專用欄位	核保	輸入	經手人員編	業務員簽名	保經代簽署章