



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

保險單批改申請 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	☐ 1. 退保 ☐ 2. 保險期間應予延長至 年 月 日 時止 ☐ 3. 免費註銷(正、副本保單及收據請退還原承保單位) 全部收回 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 4. 補發 ☐ 保單正本 ☐ 保單副本 ☐ 收據正本 ☐ 收據副本 ☐ 5. 其他事項(請述明於備註欄) 註：若有退款情形，勾選以下退費方式 1. ☐ 支票 2. ☐ 抵繳 3. ☐ 匯款：戶名：_____ 銀行名稱_____ 銀行代號_____ 帳號_____				
備 註 欄	批 改 前		批 改 後		
			應加/退保費(NT\$):_____		
切 結 書	☐ 因保單資料其中 ☐ 保單正本 ☐ 保單副本 ☐ 收據正本 ☐ 收據副本，確實不慎遺失，爾後有關該保險單權益如有任何糾紛，概由立切結書人負全部責任，特此證明。 此致 旺旺友聯產物保險股份有限公司 立切結書人： 中華民國 年 月 日				
申請人： 中華民國 年 月 日					
核 保		輸 入		經 手 人	