



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

雇主意外責任保險 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. 保險期間應予延長至 年 月 日 時止 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 4. 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 <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 支票 2. <input type="checkbox"/> 抵繳 3. <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 因保單資料其中 <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，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	