

※如保單為多人投保，欲單退【個人】，請於批改申請書填寫正確辦退【被保險人姓名】，並填寫原因倘若無填寫，承辦單位恐將會視為整張保單退費，謝謝。

傷害暨健康險批改申請書

<input type="checkbox"/> 批單號碼	<input checked="" type="checkbox"/> 保單號碼
<input checked="" type="checkbox"/> 要保人	
<input checked="" type="checkbox"/> 被保險人	
<input checked="" type="checkbox"/> 保險期間	自民國 年 月 日起至民國 年 月 日止

批改事項：（請打“✓”於內並填寫相關資料），本保險單自 _____年____月____日起辦理

（一）被保險人異動：（請附被保險人名冊）

加保 退保 退保原因：

（二）保險金額變更：（請附被保險人名冊）

加保 減保

（三）保單註銷 保單終止

（四）要保人資料變更：_____

（五）被保險人資料變更：_____

（六）被保險人職業變更：_____

（七）被保險人地址變更：_____

（八）受益人變更：姓名：_____ 關係：_____

（九）取消自動續保 繳費方式變更：_____

（十）其他事項變更，變更內容如下：_____

保險業客戶終止保險契約客戶權益相關之重要事項書面告知內容：

為維護您的權益，提醒您務必於終止保險契約前確認已詳閱並充分了解下列重要事項：

- 1.申請保險契約終止者，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。本公司所負之保險責任即行終止，日後若發生任何事故，本公司恕不負任何保險責任。
- 2.保險契約終止後，其所附加之各項有效附約將依您所勾選之方式處理。
- 3.保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。
- 4.保險契約終止後再投保新保單時，須承擔下列風險，再投保健康險前倘被保險人已罹患疾病，保險公司可能依保險法第 127 條主張不負給付相關保險金之責任：(1)重新履行告知義務：須對投保新契約當時的體況進行健康告知，契約終止後至再投保新保單前之期間，倘被保險人罹患疾病而未履行健康告知，將可能因違反告知義務致保險公司依保險法第 64 條解除契約。(2)違反告知義務解除保險契約的除斥期間及健康險的等待期，都要從投保新契約之日起重新計算，再投保健康險之等待期重新計算期間，倘被保險人罹患疾病，恐將無法獲得理賠。(3)因重新投保時的年齡可能大於投保原契約時的年齡，保險費率可能也會相對提高，且可能因已超過新契約規定之投保年齡或身體健康因素而無法投保；或可能因為新舊契約保障範圍差異致無法獲得理賠等因素而影響您的保障權益。

✓ 被保險人 _____ 簽章

✓ 要保人 _____ 簽章

上開批改事項請核發批單憑執為荷。

應加／應減(退) 保費：NT\$ _____。 法定代理人 _____ 簽章

核		經		輸		服		保	
保		辦		入		務		險	
		人				人		業	
						員		務	
								員	

★ 請填箭頭粗框部份
如有塗改請於塗改處親簽或蓋章



臺灣產物保險

Taiwan Fire & Marine Insurance Co., Ltd.

退保費申請書

日期 年 月 日

✓ 保單號碼		批單號碼	
✓ 要保人			
退保費金額	新	台	幣
	佰	拾	萬
	仟	佰	拾
			元整

本人同意前項批改退費以下列方式給付：

1. 直接匯款至【戶名_____】【_____銀行】【_____分行】【帳號_____】

〔註：請再次核對帳號是否填寫無誤或提供匯款帳號之存摺影本〕

2. 抵繳之保單號碼：_____

〔註：抵繳後如有溢額一律以退費方式處理〕

此致

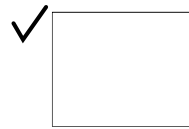
臺灣產物保險股份有限公司

要保人簽章：

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：



本人因事不克親至貴公司辦理保險退費事宜，

茲委任_____君代為處理。

受委任人簽章/關係：

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

敬請檢具：委任人及受委任人身分證或其他身分證明文件。

抵繳確認：

批改單位保費確認：

收 據

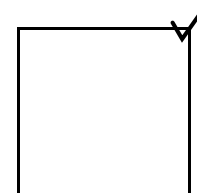
✓ 退保費共計新台幣(大寫)： 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整。

身分證統一編號：

✓ 立據人簽章：

中 華 民 國

年 月 日



本收據需立據人簽章且於本公司完成退費或抵繳後始為有效