



傷害險&健康險 批改申請書

(109.06版)

要保人	台北市理燙髮美容業職業工會	保單號碼	
被保險人		批單號碼	
保險期間	民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止		

下列批改事項請自 年 月 日 時起生效：

申請批改事項

要保人/被保險人姓名變更(請檢附身分證明文件) 註銷:原因 _____

職業變更(任職機構及詳細工作內容) 退保(健康險退保,應檢付客戶終止健康險保險契約申請書所列與客戶權益相關之重要事項書面告知內容並簽名確認。)

受益人變更(請填寫姓名、關係、比例或順位) (申請註銷或退保,請檢附保單、收據或填寫遺失切結書)

地址變更

補發(請填寫遺失切結書) 其他

變更內容說明如下:

切結書

本批改申請書之要保人(被保險人): _____, 向旺旺友聯產物保險股份有限公司投保, 因不慎遺失之文件: 保險單、保險費收據, 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

如有退費(限要保人本人), 請勾填給付方式: 支票 匯款(請填寫下列資料)

戶名: _____ ID/統一編號: _____

往來銀行名稱及代號: _____ 銀行/郵局 _____ 分行/支局 _____ 帳號: _____

加保生效日	被保險人姓名	出生日期	身分證字號	工作性質(含兼業)	計畫別	身故失能保額	傷害醫療		身故受益人	
							實支實付	日額	姓名/關係	聯絡方式
						萬	萬	元		
						萬	萬	元		
						萬	萬	元		
						萬	萬	元		
						萬	萬	元		
						萬	萬	元		

退保日期	被保險人姓名	身分證字號	退保日期	被保險人姓名	身分證字號	退保日期	被保險人姓名	身分證字號

註1: 要保人、被保險人申請加保、退保、契約變更時, 須經本公司核保通過始生效力, 惟生效時間得追溯至本公司接受郵戳日或傳真日午夜十二時起生效, 若約定加保日、退保日或其他契約變更之日在本公司接受傳真日之後, 則生效時間以約定為該日之午夜十二時。

註2: 本人(被保險人、要保人)同意旺旺友聯保險公司就本人之個人資料, 於「個人資料保護法」所規定之範圍內, 有為蒐集、處理及利用之權利。

註3: 身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形, 則以要保人最後所留之聯絡方式, 作為日後身故保險金受益人之通知依據。

註4: 被保險人未滿15足歲者, 受益人限被保險人本人。

註5: 本人已知悉客戶終止健康險保險契約申請書所列與客戶權益相關之重要事項書面告知內容。

【申請人】

要保人/被保險人/法定代理人簽名: _____ 聯絡電話: _____

(公司行號請蓋大小章) 地址: _____

核定	承辦人	經手人