富邦產物保險股份有限公司

旅綜險批改申請書(完整版)

適用險種：旅綜險(CT)　　□進件　□歸檔

*保單號碼		批單號碼		*批改生效日	年　月　日
*要保人		*身分證號碼		*批改送件人經辦代號或業務員登錄字號	
*(主)被保險人		*身分證號碼			
付款人		保險期間	自　年　月　日 起至　年　月　日　時　分止		

請勾選修改項目，並填寫變更後內容，不擬變更之項目，毋須填寫

□保期變更:變更後保險期間自　年　月　日 起至　年　月　日　時　分止

□經辦代號變更：

□保單註銷

□被保險人名冊變更(請檢附名冊資料)

□旅遊國家變更：

旅遊國家一	旅遊國家二	旅遊國家三	旅遊國家四

□(主)被保險人資料變更

姓名			
身分證號碼			
出生日期	民國　年　月　日		
法人/自然人	□1.自然人 □2.法人 □3.法人無統編 □4.外籍人士		
英文姓名			
護照號碼			
投保實支	□Y.是 □N.否	監護宣告	□是 □否
住宅電話			
公司電話	分機		
行動電話			
E-MAIL			
通訊地址	□□□		

□要保人資料變更 (□同(主)被保險人)

代表人姓名		代表人身分證號碼	
姓名			
身分證號碼			
出生日期	民國　年　月　日		
法人/自然人	□1.自然人 □2.法人 □3.法人無統編 □4.外籍人士		
住宅電話			
聯絡電話	分機		
行動電話			
E-MAIL			
通訊地址	□□□		

□要保人與(主)被保險人關係：
□本人 □配偶 □父子 □父女 □母子 □母女□兄弟姐妹□(外)祖孫
□僱傭 □其他(說明關係：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

□經辦備註：

*本人(要保人)已審閱並瞭解 貴公司所提供之投保須知及依履行「個人資料保護法第八條第一項告知義務」。
*本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理、利用之權利。

※本次申請如有退費，同意以下列方式退費：

1.□匯款 (限要保人帳戶)：＿＿＿＿＿銀行＿＿＿＿＿分行
帳號：

※為避免帳號誤植或填寫不清楚，退費方式為匯款時建議提供存摺影本!

2.□支票：□親領 □代領 □郵寄(郵資由退保費中扣除，■扣郵資)

3.□現金(需代扣千分之四印花稅)：□親領 □代領
代領支票或現金之連絡人＿＿＿＿＿＿電話＿＿＿＿＿＿

4.□抵繳其他保單：(1)＿＿＿＿＿＿金額＿＿＿＿＿＿元
(2)＿＿＿＿＿＿金額＿＿＿＿＿＿元

5.□信用卡：退款至原授權之信用卡中

6.□沖退撤票：退費轉＿＿＿＿＿＿分公司領取(此項由保險公司填寫)

本人(本公司)為□要保人□被保險人(請擇一或複選)，係投保 貴公司保險，今向 貴公司提出□退保□註銷(請擇一)該保單之申請，惟該保險單正本(副本)、收據正本(副本)已遺失，為求本申請業務之順利進行，本人(本公司)親自(或委託代理人)持相關身分證件證明，向 貴公司洽辦，惟爾後有關該保險單權益之任何糾紛皆由本人(本公司)自負全部責任，概與 貴公司無涉，特此切結。

此 致

富邦產物保險股份有限公司

立切結書人

要保人：　　代理人：

被保險人：　　身份證號碼：

身分證號碼或統編：　　聯絡電話：

聯絡電話：

表單申請	申請人	保險公司審核欄位			保經代簽署欄
		協理區主管	單位主管	覆核人員	
※請於□內勾選並註明份數 □批單正本＿＿份、副本＿＿份 □換發□補發保單正本＿＿份、副本＿＿份 □換發□補發收據正本＿＿份、副本＿＿份 □加繳收據正本＿＿份、副本＿＿份	**□已閱讀終止契約重要事項告知書** 要保人/法定代理人簽章： 被保險人簽章： 聯絡電話：				
※收回文件 □保單正本＿＿份、副本＿＿份 □收據正本＿＿份、副本＿＿份 □其他(請說明)＿＿＿＿＿＿	經辦/批改人員簽章： 登錄字號(身分證號)： 聯絡電話：	核保人員	輸入人員	受理日期	

※辦理退保/註銷作業時，請要保人務必詳閱『終止契約重要事項告知書』。

□被保險人名冊資料變更　　※被保險人姓名及身分證號碼必填，其他不擬變更之項目，毋須填寫

□新增	*被保險人姓名	*身分證號碼	出生日期	英文姓名	護照號碼	投保實支	□1.自然人
□修改			年　月　日			□是 □否	□2.法人
□退保							□3.法人無統編
*被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? □是 □否（如勾選是者，請提供相關證明文件）							□4.外籍人士

身故保險金受益人

序號	姓名	身分證號碼	與被保險人關係	備註

□新增	*被保險人姓名	*身分證號碼	出生日期	英文姓名	護照號碼	投保實支	□1.自然人
□修改			年　月　日			□是 □否	□2.法人
□退保							□3.法人無統編
*被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? □是 □否（如勾選是者，請提供相關證明文件）							□4.外籍人士

身故保險金受益人

序號	姓名	身分證號碼	與被保險人關係	備註

□新增	*被保險人姓名	*身分證號碼	出生日期	英文姓名	護照號碼	投保實支	□1.自然人
□修改			年　月　日			□是 □否	□2.法人
□退保							□3.法人無統編
*被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? □是 □否（如勾選是者，請提供相關證明文件）							□4.外籍人士

身故保險金受益人

序號	姓名	身分證號碼	與被保險人關係	備註

□新增	*被保險人姓名	*身分證號碼	出生日期	英文姓名	護照號碼	投保實支	□1.自然人
□修改			年　月　日			□是 □否	□2.法人
□退保							□3.法人無統編
*被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? □是 □否（如勾選是者，請提供相關證明文件）							□4.外籍人士

身故保險金受益人

序號	姓名	身分證號碼	與被保險人關係	備註

□保經、代資訊變更

登錄字號	招攬人員姓名	保經、代單位名稱	保經、代單位代號	服務人員姓名	服務人員代號（行員編號）	流水編號

其他變更(請說明)：

□保單備註內容變更

0-ET0C0018-1

終止契約重要事項告知書

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.保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。

3.保險契約終止後再投保新保單時，須承擔下列風險：

(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。

(4) 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。