

富邦產物保險股份有限公司

行動裝置保險批改申請書

*保險單號碼		批單號碼		*批改生效日	年 月 日
*被保險人/要保人		*身分證字號			
保險期間	自 年 月 日 起 至 年 月 日				

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

<input type="checkbox"/> 被保險人資料變更 (要保人資料同主被保險人)		<input type="checkbox"/> 被保險人名冊變更/與被保險人資料相同	
姓名(限自然人)		<input type="checkbox"/> 行動電話序號(IMEI) 碼或 S/N 序號	
身分證字號		_____	
出生日期	年 月 日		
E-MAIL			
住所(通訊)地址	□□□		
行動電話			
<input type="checkbox"/> 經辦代號變更：		<input type="checkbox"/> 信用卡或帳戶資料變更(請檢附相關資料)：	
<input type="checkbox"/> 註銷(說明如下)		<input type="checkbox"/> 退保(按短期計算)	
<input type="checkbox"/> 保險期間變更：自 年 月 日起至 年 月 日			

經辦備註：

※本次申請如有退費，同意以下列方式退費：

1. 匯款：_____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. 信用卡：退款至原授權之信用卡中

3. 抵繳其他保單：(1) _____ 金額 _____ 元

表單申請

※請於內勾選並註明份數 本/續期電子保單

批單正本 _____ 份、副本 _____ 份

換發補發電子保單正本 _____ 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

業務員/經辦/批改人員欄	申請人	保險公司審核欄位		
業務員/批改人員簽名：	要/(主)被保險人簽章：	協理區主管	單位主管	覆核人員
登錄字號：	法定代理人簽章：			
聯絡電話：	聯絡電話：	保經代簽署欄	核保人員	輸入人員
* 批改申請人 經辦代號(9碼)	※電子保單件於完成退保核定後，原 電子保單同時作廢。			受理日期

保經代資訊變更

登錄字號	保經代業務員姓名	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)：