

PHS 健康保險(含COV) IPA 個人傷害險(含NIPA) PAL 個人責任附加傷害險 信用卡請款失敗照會回覆

要保人姓名			要保人身分證字號			批單生效日	民國	年	月	日		
被保險人姓名	<input type="checkbox"/> 同要保人		被保險人身分證字號	<input type="checkbox"/> 同要保人		出單單位						
保單號碼(同一要/被保險人, 批改申請可填寫同一張) / / /												
批 改	<input type="checkbox"/> (03) 要保人資料	K8	身分證字號			出生日期	民國	年	月	日	與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他
		H1	姓名			聯絡電話	(公) ()	(宅) ()	(行動)			
			<input type="checkbox"/> 電子保單: 本人同意設定電子保單, 且不寄送實體保單		電子郵件							
			聯絡地址		□□□							
項 目	<input type="checkbox"/> (03-H2) 付款人資料		姓名			<input type="checkbox"/> (03-K7) 加註付款人						
	<input type="checkbox"/> (03-H3) 被保險人資料		身分證字號			出生日期	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			姓名			聯絡電話	(公) ()	(宅) ()	(行動)			
			電子郵件									
		聯絡地址	□□□									
<input type="checkbox"/> (81-H4) 被保險人職業		任職機構			職稱/工作內容			副業或兼業			職類代碼	
<input type="checkbox"/> (81-H5) 身故保險金受益人 (身故受益人如有一人以上時, 除特別指定比例或順位外, 由該項保險金之所有身故受益人平均分配)												
		資料	姓名	聯絡電話		與被保險人關係		給付方式				
<input type="checkbox"/> 原受益人更正 <input type="checkbox"/> 新增						<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例				
<input type="checkbox"/> 變更受益人		聯絡地址										
<input type="checkbox"/> 原受益人更正 <input type="checkbox"/> 新增						<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例				
<input type="checkbox"/> 變更受益人		聯絡地址										
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。												
<input type="checkbox"/> (81-H6) 告知事項												
<input type="checkbox"/> (19-H8) 取消自動續約					<input type="checkbox"/> (22-H9) CI 重大疾病到期不續保							
<input type="checkbox"/> (20-K1) 回復自動續約					<input type="checkbox"/> (23-K4) CI 重大疾病回復到期續保							
<input type="checkbox"/> (20-K2) 變更續年度信用卡卡號及有效期限 <input type="checkbox"/> 更改信用卡卡號(請填寫信用卡繳付保險費授權書) <input type="checkbox"/> 更改信用卡有效期限: 有效期間: _____ / _____ (月/西元年)(一個月以上有效期限)					<input type="checkbox"/> (23-K5) CI 重大疾病變更續年度信用卡卡號及有效期限 <input type="checkbox"/> (C3-H7) 限電銷分期件							
<input type="checkbox"/> (20-K3) 變更續年度付款方式為現金(需檢附繳款憑證)					<input type="checkbox"/> (23-K6) CI 重大疾病變更續年度付款方式為現金(需檢附繳款憑證)							
<input type="checkbox"/> (03) 其他					<input type="checkbox"/> (14) 復效							
批改後回覆文件: <input type="checkbox"/> 實體保單正本 <input type="checkbox"/> 實體保單副本 <input type="checkbox"/> 實體批單, <input type="checkbox"/> 電子保單 <input type="checkbox"/> 電子批單, Email:												
要保人親簽:			被保險人親簽:			法定代理人親簽: (被保險人未成年者請法定代理人簽名)						
保險單 / 暨保險費收據												
<input type="checkbox"/> 遺失/未收到切結書 <input type="checkbox"/> 補發申請書												
緣本人(即要保人) _____ 今向 貴公司辦理補發保單之申請, 茲因不慎遺失/未收到貴公司之 <input type="checkbox"/> 保險單(紙本/電子)/ <input type="checkbox"/> 保險費收據(紙本/電子), 本人親自持相關身分證件證明, 向 貴公司洽辦, 倘日後發現原保險單或原收據, 本人應予作廢, 嗣後如有因遺失涉及保險效益及法律糾紛問題, 本人願負擔全部責任, 概與 貴公司無涉, 特此切結為憑。												
申請 <input type="checkbox"/> 換發/ <input type="checkbox"/> 補發: <input type="checkbox"/> 保險單 _____ 正本 _____ 副本 / <input type="checkbox"/> 保險費收據 _____ 正本 _____ 副本												
此致 和泰產物保險股份有限公司												
要保人(本人)簽名: _____			身分證字號: _____									
被保險人簽名: _____			身分證字號: _____									
法定代理人簽名: _____			身分證字號: _____									
(被保險人未成年者請法定代理人簽名)						中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日						

*以下欄位由和泰產險填寫

經紀人/代理人	經手人代號	業務員	業務員登錄字號	核保	備註欄

服務人員: _____ 電話號碼: _____ 分機: _____ 傳真號碼: _____

2023.02 版