



本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。

傷害險/健康險/旅平險/旅綜險 契約退保申請書

正本請寄回

保單號碼：		批單號碼：	
要保人：		被保險人：	
		被保險人 身分證字號：	
申請 日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 契約撤銷	註：契約撤銷須於生效後 30 日內提出，保單自始退保。
		<input type="checkbox"/> 自收件日退保	註 1. 傷害險依短期保費計算未到期保費退還予要保人。 2. 健康險依經過日數計算未到期保費退還予要保人。
		<input type="checkbox"/> 退保重出	註 1. 請與新要保書同時送件。 2. 依經過日數計算未到期保費退還予要保人。

貴保戶如遇批退保費時，請擇一勾選下列退費方式並詳填相關資料，本公司將儘速為您辦理退費。

1. 匯款

銀行 分行/存款戶名: /帳號NO.

存摺影本黏貼處

本人(公司)同意本批改退費撥匯上列行庫存款帳戶(銀行別及帳號務必正確填寫)。

2. 原信用卡刷退

※請注意，若銀行處理刷退的時間已超過您的信用卡帳單結帳日，該筆刷退金額則會出現在下一期帳單中，若急需確認刷退款項，請聯絡您的發卡銀行確認。

本人(即要保人)茲根據本保險單條款之約定，申請保險契約退保，並同意遵守下列契約退保之規定：

- 一、契約退保自 貴公司收到保險契約退保申請書始生效，並取消本保險單之契約。
- 二、申請保險契約退保時，如保險單有欠繳保費者， 貴公司得先抵償上述欠款後給付。

本人(即要保人)已充分知悉新安東京海上產物保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)依據個人資料保護法所告知之事項，並清楚瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人相關資料之目的及用途。

*檢附保單：

- 是
- 否 (原保險單因 遺失 毀損 特聲明作廢。倘日後發現原保險單，應予作廢，特此聲明。)

要保人簽名：_____ (法人件請蓋大小章) 法定代理人簽名：_____

身份證字號：_____

聯絡電話：_____ 手機：_____ E-mail：_____

【請務必提供手機號碼或 E-mail，本公司將於支付款項時以簡訊或 E-mail 通知】

【茲聲明本申請書所有簽名部份應為當事人本人簽名，如有虛偽不實，簽名者應負法律上責任。】

電話行銷 Callout Date Time	複核	輸入	經辦代號 管理人	業務員親簽	業務員登錄證字號	保經代/ 銀行分行名稱	保經代簽署章