

# 歲統保險經紀人股份有限公司 保戶申訴書

申訴人 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人	
姓名：	身分證字號：
連絡電話：	
通訊地址：	
註1：申訴人須為要保人、被保險人、受益人或其他基於保險契約或法律規定得向保險公司主張權利之人。 註2：本人同意歲統保險經紀人股份有限公司得就本人之個人資料，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。	
保單號碼：	
申訴事由：	
希望結果：	
申訴人簽名：	
申請日期：	
申訴窗口：0800-022322 申訴傳真：07-553-5971 申訴信箱：victor.ibcl@gmail.com	