

團保退保申請書

茲本人 於 年 月 日 (退保日期不可追溯見註 1)，委請台北市保險業務職業工會代為辦理團體保險-保誠健康險(37) 退保手續，特立此書。

此致

台北市保險業務職業工會

會員編號：

申請人：

簽章

身分字號：

代理人：

關係：

身分證字號：

聯絡電話：

◎註 1：於當月 20 日前辦理退保手續，退保日為當月月底；若當月超過 20 日辦理退保手續，退保日為次月月底。

◎退保請傳真至(02)2370-1266、(02)2370-1267 並電話確認方完成退保手續。

中 華 民 國 年 月 日