

統一綜合保險代理人股份有限公司

附件一

消費者申訴書

電話：(02) 27463822 傳真：(02) 27485053

編號：

立案日期： 年 月 日

申訴人：	身分證字號：
要保人：	被保險人：
申訴人與被保險人之關係：	受理方式：
投保公司：	保單號碼：
保單內容：	保險生效日：
連絡住址：	
連絡電話：	行動電話：

申訴內容：(請詳述事由及經處理後仍不滿意之理由)

附件：

受理單位：

申訴人簽章：

承辦人：

聯絡電話：

申處人員簽章：

統一綜合保險代理人股份有限公司

附件一

消費者申訴書(填寫範例)

電話：(02) 27463822 傳真：(02) 27485053

編號：104001

立案日期：104年10月01日

申訴人：王大同

身分證字號：A123456789

要保人：王大同

被保險人：王小名

申訴人與被保險人之關係：父子

受理方式：傳真

投保公司：安全保險公司

保單號碼：TW 168168168

保單內容：健康險附加醫療險日額專案

保險生效日：104.05.02

連絡住址：台北市松山區東興路1號1樓

連絡電話：02-2424-8888

行動電話：0963-111222

申訴內容：(請詳述事由及經處理後仍不滿意之理由)

客戶傳真保險公司理賠明細表，對於住院時間理賠天數認定有落差，請保代協助了解

附件：保單內容封面、理賠明細表

受理單位：保代總公司

申訴人簽章：

承辦人：麥噹噹

(臨櫃件需簽名)

聯絡電話：分機 3120

申處人員簽章：李正義