

申 訴 書

申 訴 人	姓名：	身分證字號：
	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	聯絡電話：	
	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：本人同意南山人壽保險股份有限公司得就本人之個人資料，於下述個資告知事項及「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：		