# 변경배서/환급금 청구서

(휠체어보험용-휠닷컴용)

□ 진한색 부분, 모르거나 관계없는 내용은 적지 말고 공란으로 놔 두세요.

□ **팩스(FAX) 0504-086-0793 또는** wheelchairkorea@daum.net **로 보내주세요.**

□ 전화문의 02-2038-0828 (ARS①번)

| **보험사** | 메리츠화재해상보험(주) 귀중 | 결<br>재 | 취급자 | 담당 | 부/점장 |
|---|---|---|---|---|---|
| **계약자**<br>**피보험자** | 계약자: ㈜펫핀스<br>피보험자:휠체어코리아닷컴회원 | | | | |
| **증권번호** | 14680-13 | | | | |
| **피보험자이름** | (이름) (주민번호) | | | | |
| **주소 / 연락처** | (주소)<br>(연락처) | | | | |
| **송금의뢰서** | (은행명) (계좌번호)<br>(예금주) | | | | |

**※ 아래 칸에 요청하는 내용을 변경 전(前)과 변경 후(後)로 자세히 작성해 주세요.**

| **변경목적** | **변경(정정) 전** | **변경(정정) 후** | |
|---|---|---|---|
| | 종류:<br>제조사:<br>모델명:<br>제조번호: | 종류:<br>제조사:<br>모델명:<br>제조번호: | |
| 보험료 | 원 | 원 | |
| 추 징 | 원 | 환급 | 원 |

**※ 위 개인정보를 해당 보험사에 제출하는 것에 동의합니다. 동의( ) / 미동의( )**

위와 같이 보험계약 변경을 요청하오며 변경 신청에 따라 위험이 증가되는 경우 추가 보험료가 납입되기 전에 발생한 손해에 관하여는 일체 귀사에 책임이 없음을 인정합니다.

**※신청자가 만 14세 미만**인 경우에는 본 동의서에 **'법정대리인'**도 함께 서명을 하여 보내주셔야 합니다.

신청일: 년 월 일 신 청 인: (인/서명)

법정대리인: (인/서명)