



這是一份停效通知單的翻譯本，提供參考對照

發函日期 20 年 月 日

保戶姓名

地址

保單號碼:

親愛的保戶 您好:

我們的繳費紀錄顯示，至今尚未收到您的續期保費，以致造成您的保單在 20 年 月 日失效。

若您要申請復效，請於上述「發函日期」的 60 天內提出申請（因有郵寄時間因素，請在復效截止日 15 天前提出申請）。

爲了重新恢復您的保險保障，請填寫本文下方的復效申請表，並附上您的計劃保費\$ 美元，一併寄回到 BMI 保險公司。填寫完成的復效申請表，必須由被保險人簽名及註明簽署日期（若被保險人年齡未滿 16 歲，請由監護人簽名）；若要保人與被保險人不同時，要保人也必須在復效申請表上簽名。

我們非常期待收到您的復效申請表及復效保費，若您有任何問題，請與您的財務顧問或 BMI 保險公司客服人員的聯絡。

闔家平安！

保單服務部門 – 壽險

cc: 代理商號碼

復效申請書

保單號碼		復效應繳金額	
要保人/被保人			

要保人簽名

被保人簽名

日期

BMI Services, Inc. as Administrator Best Meridian Insurance Company
1320 S. Dixie Highway, 6th Floor, Coral Gables, Florida, 33146

Telephone (305) 443-2898. Fax (305) 668-5043. e-mail: bmiphs@bmicos.com. Web page:<http://www.bmicos.com>