



催繳通知

NOTICE OF PREMIUM

日期
被保險人姓名
地址

保單號碼： ULXXXX
被保險人姓名： XXX
計劃保費： US\$XXXX

親愛的保戶 您好：

您目前的保單價值已不足夠支付保險成本及管理費用，所以，您的保單即將面臨停效。若您想繼續維持保單生效，請務必在 x 年 x 月 x 日以前再繳入保費。若在上述的日期到期後，我們尚未收到您的保費，您的保單將自動停效。若您已寄出續繳保費，請不必理會本通知。

您保單續繳的到期日為：x 年 x 月 x 日
應繳的計劃保費為：US\$XXXX

我們誠心建議您儘快繳交保費，以維持保險的保障。若您有任何問題，請直接與您的保險代理人或與我們公司聯絡。

很高興能有機會為您服務，敬祝

閣家平安

保單服務部份：壽險部

c.1940

Best Meridian Insurance Company
c/o BMI Services, Inc
1320 South Dixie Highway ` 6th Floor ` Coral Gables, FL33146
Telephone : (305) 443-2898 ` Fax : (305) 668-5043 ` e-mail : bmiphs@bmicos.com ` web page <http://www.bmicos.com>