



2007 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，您所繳的保費已不夠支付每个月的保險成本，以致造成您的保單在 2007 年 月 日失效。

爲了重新恢復您的保險保障，請填寫隨函附上的復效申請表，並附上您的計劃保費\$ 美元，一起寄回到 BMI 保險公司。請注意，在填寫復效申請表時，必須確實回答申請表上所有的問題，對於回答『是』的問題，請提供詳細的說明。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。

保戶必須清楚瞭解，根據保單復效申請條款規定，保單復效的申請，必須要等到 BMI 保險公司收到保單復效申請表，並且由保險公司核准復效後，保單才正式恢復生效。

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