



身故保險金受益人指定/變更申請書

保戶編號		保單號碼		保險證號碼			
要保單位名稱：				被保險員工姓名：			
被保險人姓名	受益人姓名	出生年月日	身分證字號	與被保險人關係	給付方式	受益人電話	受益人地址
					<input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例_____ (請註明比例)		
					<input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例_____ (請註明比例)		
					<input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例_____ (請註明比例)		
					<input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例_____ (請註明比例)		
					<input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例_____ (請註明比例)		

◎身故受益人指定若非為「配偶」、「直系親屬」、「法定繼承人」時，須說明指定原因。
 原因：_____

本人同意前述團體保險契約之其他相關文件所記載之身故保險金受益人如與本申請書所指定之身故受益人不符者，概以本申請書之指定為準，特此聲明！

此致

英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司

被保險人親簽：_____ / _____ / _____ / _____

法定代理人親簽：_____

(未滿七足歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名。)

中華民國 _____年 _____月 _____日