

新光人壽保險股份有限公司

Shin Kong Life Insurance Co., Ltd.

團體保險身故保險金受益人指定暨變更申請書

Group insurance death insurance beneficiary designation and change application

 要保單位名稱：_____ 保單號碼：_____
 Policy holder Policy No.

 被保險人姓名：_____ 身分證字號：_____
 Name of the Insured ID No.

 請指定被保險人身故保險金之受益人，但以被保險人之家屬或其法定繼承人為限。
 Please designate the beneficiary, the beneficiary shall be confined to the family members or heir-at-law of the insured member.

 身故受益人指定為 ☐ 法定繼承人 或 ☐ 勞基法順位。(PS：勾選此項則不需填寫下表)
 Designated death beneficiaries are ☐ heir-at-law or ☐ following the rule of Labor Standards Acts.

身故受益人姓名 Name of Beneficiary	身分證字號 ID No.	生效日/變更生效日 Effective Date of Revision	聯絡電話 Tel.	國籍 Nationality
受益人地址 Beneficiary Address			與被保險人關係 Relationship	備註 Remark
身故受益人姓名 Name of Beneficiary	身分證字號 ID No.	生效日/變更生效日 Effective Date of Revision	聯絡電話 Tel.	國籍 Nationality
受益人地址 Beneficiary Address			與被保險人關係 Relationship	備註 Remark
身故受益人姓名 Name of Beneficiary	身分證字號 ID No.	生效日/變更生效日 Effective Date of Revision	聯絡電話 Tel.	國籍 Nationality
受益人地址 Beneficiary Address			與被保險人關係 Relationship	備註 Remark

★ 如要保人(被保險人)不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人(被保險人)最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

※ 受益人聯絡電話及地址可一擇一提供。

※ 指定二位以上之受益人時，保險金額之指定得依順位、比例或均分方式為之，請於備註欄說明。若未於備註欄說明，則保險金額採均分方式為之。

※ 身故受益人非中華民國國籍者，請提供英文全名及國籍。

 被保險人簽章：_____ 法定代理人簽章：_____
 Signature of the insured Signature of the legal representative

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日