

要保單位名稱	被保險員工(成員)姓名
--------	-------------

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。
 註：身故受益人非中華民國國籍者，請提供英文全名及國籍

◆倘受益人指定一個人以上，除特別指定比例或順位外，由該項保險金之所有受益人平均分配，惟不包含身故受益人有指定為法定繼承人之情形。

◆倘身故受益人指定為法定繼承人者，除經要保人另行指定外，該項保險金之順位及應得比例適用民法繼承編相關規定。

◆身故保險金受益人如係身分別之指定及如有不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保單位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。

被保險人	身故保險金受益人/ 聯絡電話/地址	身故受益人之 出生年月日	身故受益人之 身分證統一編號	與被保險 人關係	國籍(註)	分配方式	身故受益人未指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人且其順位及應得比例未適用民法繼承編相關規定者，請說明原因如下
姓名： 電話：	姓名： <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話 電話： 地址：					<input type="checkbox"/> 按填寫順位____ (請註明順序) <input type="checkbox"/> 按比例____ (請註明比例)	
姓名： 電話：	姓名： <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話 電話： 地址：					<input type="checkbox"/> 按填寫順位____ (請註明順序) <input type="checkbox"/> 按比例____ (請註明比例)	
姓名： 電話：	姓名： <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話 電話： 地址：					<input type="checkbox"/> 按填寫順位____ (請註明順序) <input type="checkbox"/> 按比例____ (請註明比例)	

針對以上填寫內容，本人(被保險人、法定代理人及要保單位)已充分了解並確認內容正確後親自簽名/簽章。

被保險人簽名：_____ _____ _____ 法定代理人簽名：_____ (未滿七足歲者或其他無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名； 民法規定之七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽名。) 填寫日期：_____ (yyy/mm/dd)	_____ 要保單位及負責人簽章
---	---------------------