

重病及生活陷困牧者夫婦關懷金申請流程

一、關懷名單來源

1. 中會/族群區會

- (1) 各中會/族群區會幹部提出。
- (2) 各中會/族群區會之傳福副委員提出。
- (3) 各中會/族群區會議會提出。

2. 退休牧者夫婦聯誼會

- (1) 由退聯委員會幹部提出。
- (2) 由退聯各區區長提出。
- (3) 由傳愛志工牧者夫婦提出。

3. 總會

- (1) 幹事提出關懷名單。
- (2) 事工委員會提出關懷名單。

二、建檔與覆核

- 1. 每年十月份，傳福會函請各中會/族群區會提供生活陷困且長期重病之在職或退休牧者夫婦名單。
- 2. 於補助申請表中填寫相關資料並簡述具體事實，傳福會建檔備查。
- 3. 相關資料覆核後，發放關懷金。

「安息牧者之子女失怙關懷金」申請表

申請者基本資料

填表日期：主後 年 月 日

姓名		生日	主後 年 月 日
就讀學校/ 科系/年級			
身分證字號			
聚會教會		父 (姓名)	
聯絡電話		母 (姓名)	
通訊住址			

附註：

- 1.高中以上請填寫本申請表
- 2.檢附資料：❶戶口名簿影本❷所屬教會牧者關懷函❸註冊單據影本
- 3.於每年 3 月底(第二學期)、10 月底(第一學期)前提出申請。

申請文件請寄 10647 台北市羅斯福路 3 段 269 巷 3 號「平安基金會」，

電話：02-2362-5282 #431 辜暄

教會牧者關懷函

牧師/傳道師之子女

目前常在本教會聚會，生活狀況勾選如下，感謝平安基金會關懷安息牧者之子女，願上帝賜福！

- ☐ 該青年生活安定
- ☐ 該青年生活需要援助，請多關心。
- ☐ 該青年身體欠安，請多關懷代禱。
- ☐ 其他_____

中會/族群區會

教會

牧 師：_____ (簽名)

主後 年 月 日

「安息牧者失怙子女教育關懷金」申請辦法

一、宗旨：

為關懷台灣基督長老教會（以下稱本教會）安息牧者之未成年子女就學費用。

二、申請資格(獎助對象)：

1. 安息主懷之本教會關顧安養牧者，其未成年在台就學子女（限年滿 23 歲前）。
2. 夫婦皆為牧者(且均任牧職者)，一方安息時不適用。
3. 牧者夫婦雙亡，子女領有安養金者適用本失怙關懷金辦法。

三、每學期關懷金額：

1. 國中以下(含幼稚園)：每名 1500 元
2. 高中：每名一萬元
3. 大學：每名三萬元

四、申請期限：

定期於總會與平安基金會網站公佈申請消息；每年 3 月底及 10 月底前提出申請。

五、申請文件：

1. 申請表格（高中以上）
2. 戶口名簿影本
3. 所屬教會牧者關懷函
4. 註冊單據影本（高中以上）

六、發放方式：由本會委請副委員或牧者致贈，並公開徵信於總會及平安基金會相關刊物網站。

七、本失怙教育關懷金係專款專用，如募款無結餘時，即暫停申請。

備註：2016.2.25 第 60 屆傳福會委員會議決通過，安息牧者之子女教育關懷金發放辦法，幼稚園發放標準比照國中以下，為每學期 1,500 元

牧者夫婦健檢流程

一、可參加者的資格：

1. 教會或機構定期足額為牧者繳交每年上、下半年傳福負擔金之牧者。
2. 四十歲以上之牧者每年健檢一次，四十歲以下之牧者，兩年健檢一次。
3. 四十歲以上之牧者完成兩年健檢，其配偶可安排定額免費健檢。

二、參加健檢步驟：

1. 向傳福會確認可健檢額度。
2. 健檢額度若為\$8,000，請先選擇健檢專案(心臟、肺臟、腸胃、攝護腺及婦女)。
3. 向本會協議醫院或立案之健診中心健檢醫院預約。
4. 健檢費用由醫院向傳福會請款。
5. 健檢報告異常追蹤

牧者夫婦團體保險申請流程

一、申請保險理賠：

1. 向傳福會索取或上傳福會網站下載「保險金理賠申請書」填寫。
2. 將填妥之「保險金理賠申請書」郵寄至傳福會陳桂芳收。
3. 保險公司自收件日起兩週內，將理賠金匯入被保險人指定帳戶。

二、理賠申請書之填寫項目

1. 被保險人(事故當事人)姓名、身份證字號、生日)
2. 申請項目
3. 意外事故請詳述事故發生經過(疾病住院免填)
4. 匯款帳戶(銀行/郵局)
5. 理賠申請人簽名

三、申請理賠項目應提供之文件

1. 身故保險金：

- (1)理賠申請書
- (2)死亡證明書
- (3)除戶戶籍謄本
- (4)繼承系統表
- (5)受益人之身份證明文件(身份證正反面影本或戶籍謄本)

2. 殘廢保險金：

- (1).理賠申請書
- (2)殘廢診斷證明書
- (3)受益人之身份證明文件

3.醫療險保險金：

- (1)理賠申請書
- (2)醫療診斷證明書
- (3)醫療費用收據副本(應加蓋醫院關防)及醫療費用明細表(含住院前 7 日，出院後 14 日)
- (4)意外事故骨折，請提供光碟片。

4.癌症險保險金：

- (1)理賠申請書
- (2)醫療診斷證明書
- (3)醫療費用收據副本(應加蓋醫院關防)及醫療費用明細表(含住院前 7 日，出院後 14 日)
- (4)病理報告

保單號碼				團險要保單位：
保單類別	☐ 個人保險 ☐ 投資型保單 ☐ 外幣保單 ☐ 團體保險			
申請種類	☐ 身故 ☐ 重大疾病 ☐ 生命(尊嚴)末期 ☐ 完全殘廢保險金 ☐ 重大燒燙傷 ☐ 其他 ☐ 癌症 ☐ 豁免保費 ☐ 醫療 ☐ 長期看護 ☐ 部份殘廢保險金 ☐ 老年住院提前給付 ☐ 婦女險 ☐ 收入保障定期壽險(☐ 一次給付 ☐ 按月給付) ☐ 殘廢生活扶助保險金			
事故被保險人姓名	職業及職務	身分證字號(外籍人士投保資料之證照號碼)		出生日期
				民國 年 月 日
理賠申請人通訊地址： ☐ 同保單收費地址				
☐ ☐ ☐ 縣/市 鄉/鎮/區/市 路/街 段 巷 弄 號 樓				
意外傷害說明	發生時間：____年____月____日____午____時 地點：		事故被保險人與主被保險人關係： ☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 申請身故/全殘/重大疾病或特定傷病理賠，因保險單遺失，本人聲明保險單作廢。 理賠申請人：_____ (簽章)	
請詳述事故發生經過情形及全部就醫院所：				

※請於事故後十日內提出申請，填寫本申請書時，請詳閱背頁應附文件表及注意事項。

 本項理賠保險金，請依下列方式支付：☐匯款 ☐支票

※外幣保單不接受支票付款

給付對象：☐受益人(醫療保險金之受益人為被保險人) ☐受益人之法定代理人(身分證字號：_____)

匯款帳戶受益人戶名(外幣保單請填英文戶名)：_____ SWIFT CODE：_____

_____銀行/郵局 _____分行/支局 帳號：_____

(可附存摺影本；若因帳戶資料有誤或其他因素致未能匯款時，本公司將以支票給付。)

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

全球人壽保險公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

- 蒐集目的：人身保險、其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。
- 個人資料類別：(一)姓名 (二)身分證統一編號 (三)地址 (四)病歷、醫療、健康檢查。(五)其他因本契約業務需要之業務申請書或契約書內容。
- 個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)
 - (一)要保人 (二)當事人之法定代理人、輔助人 (三)各醫療院所 (四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。
- 個人資料利用之期間、地區、對象、方式：
 - (一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間 (二)對象：本公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關 (三)地區：上述對象所在之地區 (四)方式：合於法令規定之利用方式。
- 依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：
 - (一)得向本公司行使之權利：1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本 2.向本公司請求補充或更正 3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除 (二)行使權利之方式：以書面方式行使上述權利(查詢 台端個人資料可另以本公司服務電話及網際網路方式)。
- 台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

同意聲明事項

- 本人同意全球人壽就處理進度、給付明細、拒絕給付或解除保險契約等相關事宜，得知會送件人，以利本人諮詢。
- 若申請項目為身故保險金時，為確認本次理賠申請所檢附驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性，本人同意全球人壽將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意貴公司基於人身保險業務需要，得依據個人資料保護法及保險法第177條之1第2項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

理賠申請暨同意人簽章：

法定代理人/監護人/輔助人簽章：

(非身故件為被保險人，身故件為身故受益人)

(理賠申請人為未成年、受監護或輔助宣告者時簽章)

理賠申請人聯絡電話：

法定代理人/監護人/輔助人聯絡電話：

理賠申請人 E-mail：

(填寫行動電話及 E-mail 將提供理賠簡訊及電子郵件服務)

見證暨送件人(壽險規劃師)：

規劃師登錄證號/執業證號：

營業處/經代代號：

聯絡電話：

E-mail：



* CLMN00600 *

2018.04 版 填寫日期：中華民國 年 月 日

同意查詢暨授權聲明書

茲因向 全球人壽保險股份有限公司（下稱全球人壽）申請理賠保險給付之需要，
立授權書人（與被保險人關係：^{非身故件}☐本人/^{身故件}☐配偶☐子女☐父母☐法定繼承人）同意並委託
全球人壽指派之人員或委託專業機構向貴醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防
（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司、諮詢醫師或相關單位，查詢、諮詢、索引（包
含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音掛號系統之操作、或配合醫療院所作業要求而
以被保險人名義所為之掛號行為）、問診、調閱、抄錄、影印被保險人_____（
生日：____年____月____日，身分證號碼_____）自契約生效日：____年____月____日
前五年起，至「本同意查詢暨授權聲明書簽章日」為止之就診且不限科別之相關就診病歷、
或就診病名：_____及依據中央健康保險署提供之歷次就診記錄查
詢之就醫詳情、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用。

上述欄位如有空白，立授權書人同意委由全球人壽人員代為填寫，並聲明：「立授權
書人同意並委託全球人壽就本同意查詢暨授權聲明書為影印使用，且本同意查詢暨授權聲
明書之影本與正本具同等效力。」 特立此書存照

此致

各有關醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、
壽險公會、保險公司、諮詢醫師或相關單位

立授權書人簽章：_____ ☐ 身分證號碼：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ ☐ 身分證號碼：_____

（立授權書人，若為未成年人或受監護宣告/輔助宣告者，請法定代理人/監護人/輔助人一併簽
章，並請檢附身分證影本，以及戶口名簿、戶籍謄本、法院裁定等關係證明文件）

聯絡地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

註1：「同意查詢暨授權聲明書」為查詢醫療院所及相關單位所需，請於申請理賠時簽名及蓋章，若經評估本案需要
查證而您未簽章同意，將會影響本次理賠辦理的進度。

註2：部分醫療院所，要求使用該院之特定制式表格，如需您再行補立同意書，將有專人通知您協助。

註3：身故案件，立授權書人須為被保險人之法定繼承人，並請檢附立授權書人之身分證影本，及與被保險人間具有
利害關係證明之戶籍謄本/戶口名簿影本。

(一) 理賠申請應備文件

申請項目 應備文件	身故保險金	殘廢保險金	殘廢扶助金	防癌保險金	提前給付保險金	重大疾病保險金	豁免保費	失蹤給付	住院醫療(實支實付)	住院醫療(日額)	傷害住院醫療(日額)	傷害醫療保險金	長期看護或失能保險金	重大燒燙傷保險金	職業災害保險金
理賠申請書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
同意調查聲明書	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
保險單	✓	✓			✓	✓		✓							
受益人生存身份證明	✓		✓	✓				✓							
被保險人除戶戶籍謄本	✓							✓							
相驗屍體證明書或死亡診斷書	✓														
殘廢診斷書		✓	✓												
醫療診斷書或住院、外科手術證明				✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
據以診斷之病理、檢驗或專業評量表				✓		✓							✓		
依約應附之醫療費用收據或費用證明									✓			✓			
死亡宣告判決文件								✓							
X光片(骨折津貼加附)											✓	✓			
意外傷害事故證明文件、請假證明	✓	✓					✓	✓			✓	✓	✓	✓	
勞工保險給付收據影本															✓

(二) 填寫理賠申請書應注意事項：

- 本申請書須詳填各項欄位並由理賠申請暨同意人簽名或蓋章，有關理賠申請暨同意人定義說明如下：
 - (1)申請醫療、重大疾病、殘廢或失能保險金時，理賠申請暨同意人為事故人本人，但契約另有約定者不在此限。
 - (2)申請身故保險金時，理賠申請暨同意人為要保人指定之身故受益人。
 - ※受益人為未滿七歲之未成年人，應由法定代理人代為簽名或蓋章。
 - ※受益人為未滿二十歲且未婚之未成年人，除本人簽名或蓋章外，並應由法定代理人簽名或蓋章。
 - ※受益人受監護宣告或輔助宣告時，應檢附法院宣告文件，並由其監護人或輔助人協助申請理賠，惟受款人仍為受益人本人。
 - (3)理賠申請暨同意人為不識字、手部重傷、截肢或雙目失明致無法簽名者，可以手印代替，並由二位見證人同時於手印旁簽名。
- 申請身故理賠時，死亡證明文件之死亡原因若為「解剖鑑定中」，理賠申請暨同意人應補「解剖結果報告」或載明確定死亡原因之「相驗屍體證明書」。
- 申請被保險人身故前之醫療保險金時，除保險契約條款另有約定外，理賠申請暨同意人應為被保險人之法定繼承人，另須檢附全部法定繼承人之戶籍謄本或戶口名簿(現住人口省略記事)影本。
- 理賠申請暨同意人如因精神障礙或其他心智缺陷，致不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之效果者，請附法院「監護宣告」文件，並由其監護人或輔助人協助申請理賠。
- 檢附之各式診斷證明書應為正本，若為影本則須由原發證醫院或機關單位加蓋印章以資證明。
- 理賠申請暨同意人申請 92.11.01 前投保之無記名式家庭保險單理賠，須檢附全戶戶籍謄本、戶口名簿(現住人口省略記事)影本或主被保險人與事故人之身分證正反面影印本，以確認事故人為保險契約條款約定之家庭成員。
- 理賠申請人通訊地址，係為本公司寄送理賠相關通知文件或聯繫申請人之用，若要保人需申請變更保險契約的住所地址及電話，則須以書面通知本公司辦理。
- 理賠申請書、相關調查同意書可至全球人壽理賠服務網站(www.transglobe.com.tw/transglobe-web/nat/)下載使用。
- 理賠申請暨同意人申領之保險金遭法院(或其他執行機關)扣押時，若為維持自己及共同生活親屬之生活所必需者，得依強制執行法第十二條規定，向法院(或其他執行機關)聲請或聲明異議，以維權益。
- 依本公司「附約延續批註條款」、「長年期附約效力延續批註條款」約定，經本公司指定之附約(詳各該批註條款之附表)，若其主契約因批註條款約定之情形而終止時，本公司將主動提供保戶附約效力之延續，要保人得繼續繳交附約續期保險費以延續附約之效力，若要保人不同意時，須向本公司提出書面申請終止該附約。
- 理賠申請書填寫完成後，可連同各項申請文件以掛號寄交本公司各地服務據點：

台北：110 台北市市民大道六段 288 號 12 樓 (02)6639-9999
 桃園：320 桃園市中壢區健行路 169 號 5 樓 (03)260-7200
 台中：403 台中市西區台灣大道二段 307 號 1 樓 (04)3606-7500
 台南：704 台南市北區西門路三段 159 號 4 樓 (06)601-7600
 高雄：802 高雄市苓雅區中正二路 175 號 1 樓 (07)861-7900

團體保險被保險人健康告知聲明書

核准文號：89 年 10 月 4 日台財保第 0890709009 號
核准文號：102 年 3 月 20 日金管保壽字第 10202542631 號
備查文號：107 年 9 月 10 日全球壽(商研)字第 1070910037 號

受理欄

要保單位：_____

保單號碼：_____

一、基本資料

身分	被保險人姓名	出生日期	身分證字號	詳細工作內容	兼業	身高 (cm)	體重 (kg)
本人							
配偶							
子女							
子女							
父親							
母親							

各被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明 (請勾選)？ ☐ 是 ☐ 否 ☒ 如勾選是，請提供。

投保具壽險或傷害險性質之各被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)？ ☐ 是 ☐ 否 ☒ 如勾選是，請提供相關證明文件影本。

二、告知事項

●被保險人對下列告知事項應據實告知並親自填寫，如有隱匿、遺漏或不實之說明，足以影響本公司對於危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約中該被保險人部分，保險事故發生後亦同。

	本人	配偶	父親	母親	子女					
	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否
1.過去兩年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (1) 高血壓症 (指收縮壓 140mmHg 或舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2) 腦中風 (腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙 (外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。(3) 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。(4) 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常 (GPT、GOT 值超過參考值以上)。(5) 腎臟炎、腎病、腎臟不全、尿毒症、腎囊腫。(6) 視網膜剝離或出血、視神經病變。(7) 癌症 (惡性腫瘤)。(8) 血友病、白血病、貧血 (再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。(9) 糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。(10) 紅斑性狼瘡、膠原症。(11) 愛滋病或愛滋病帶原。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.過去一年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (1) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(2) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。(3) 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。(4) 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。(5) 痛風、高血脂症。(6) 青光眼、白內障。(7) 乳腺炎、乳漏症、子宮內膜炎異位症、陰道異常出血 (女性被保險人回答)。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(女性被保險人回答)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8.過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？(投保傷害險回答) (1) 高血壓症 (指收縮壓 140mmHg 或舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2) 腦中風 (腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙 (外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症。(3) 癌症 (惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒症、血友病。(4) 糖尿病。(5) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6) 視網膜出血或剝離、視神經病變。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9.目前身體機能是否有下列障害？(投保傷害險回答) (1) 失明。(2) 是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表〇·三以下。(3) 聾。(4) 是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝 (dB) 以上。(5) 啞。(6) 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7) 四肢 (含手指、足趾) 缺損或畸形。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

以上各項答覆為「是」時，請註明號數並詳細說明，如有診察治療紀錄，請告知診治原因、就診大約日期、治療期間、醫院名稱及病歷號碼。

三、聲明事項

- 本人 (被保險人) 同意全球人壽保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人 (被保險人、要保人) 同意全球人壽保險股份有限公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 本人 (被保險人、要保人) 同意全球人壽保險股份有限公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

要保單位 _____ 簽章 _____ 被保險人子女 _____ 簽名 _____

被保險人本人 _____ 簽名 _____ 法定代理人 _____ 簽名 _____

被保險人配偶 _____ 簽名 _____ 法定代理人身分證字號 _____

被保險人父母親 _____ 簽名 _____ 法定代理人出生日期 _____

生效日期	民國	年	月	日零時
核定	覆核	初核		

◎請親自簽名，若未滿七歲者，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽章；七歲 (含) 以上未滿二十歲者，由本人及法定代理人簽名。

填寫日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日