

加 入 卡



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：104年10月21日全球壽(商研)字第1041021001號

團體保險單號碼
 KGI-

身分證號碼(或護照號碼)							

姓名	員工編號	性別	出生年月日	未婚 <input type="checkbox"/>	僱用日期
				已婚 <input type="checkbox"/>	

要保單位

身分	被保險人姓名	左欄被保險人身故保險金受益人				被保險人簽名 (未成年者其法定代理人亦須簽名)
		受益人姓名	受益人身分證字號	關係	給付方式	
本人		*受益人之指定以被保險人之家屬或法定繼承人為限。 *受益人有二人以上時，請勾選保險金給付方式，若未勾選則以均分方式給付。				
					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 依填寫序號決定順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)	
		受益人之聯絡地址及電話				
配偶		<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 依填寫序號決定順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)				
		受益人之聯絡地址及電話				
父母		<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 依填寫序號決定順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)				
		受益人之聯絡地址及電話				
父母		<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 依填寫序號決定順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)				
		受益人之聯絡地址及電話				
子女		<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 依填寫序號決定順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)				
		受益人之聯絡地址及電話				
子女		<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 依填寫序號決定順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)				
		受益人之聯絡地址及電話				

填寫日期 年 月 日

備註：如有被保險人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話，則以要保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。