

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： 法務部 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、其法定繼承人或信託專戶為限。  
Please designate the beneficiary, the beneficiary shall be confined to the family members、heir-at-law of the insured member or Trust account.

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

身故受益人姓名 Name of Beneficiary	身分證字號 ID No.	生日 Birth date	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.	生日 Birth date	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.	生日 Birth date	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二擇一提供。

※ 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。

※ 指定信託專戶請另填保險金指定匯入信託專戶約定書(AH9)表單。

被保險人簽名： 法定代理人簽名： 監護人簽名：  
Signature of the insured Signature of the legal representative Signature of the guardian

中 華 民 國 年 月 日