

臺銀人壽保險股份有限公司

互助團體壽險保險金請領書

要保團體	名稱	台灣糖業股份有限公司高雄區處	被保人姓名		投保日期	/
	代號	077-4	發生保險事故者姓名	性別	年齡	係被保險人之何人
	地址	825010高雄市橋頭區糖廠路24號				

請領人姓名	性別	年齡	籍貫	係被保險人之何人
-------	----	----	----	----------

請領項目	保險事故發生日期	請領金額 (基本保險薪津) X (倍數) X (給付月數) = 給付金額)	應付文件
死亡保險金	年 月 日死亡	() X () X () =	1. 除戶籍謄本正本 2. 死亡診斷書或相驗屍體證明書正本 3. 殘廢證明書 4. 申領人身分證明 5. 意外事故證明 6. 其他
意外事故保險金	年 月 日成殘 年 月 日死亡	() X () X () = () X () X () =	
眷屬喪葬津貼	年 月 日死亡	() X () X () =	

給付方式：電匯方式辦理給付，安全又快速，請多加利用！

<input type="checkbox"/> 電匯	匯款戶名： 限請領人本人之帳戶			
	金融機構名稱	銀行(郵局)	分行(支庫、支局)請檢附存簿封面影本。	
	金融機構分行代碼	帳號		

聯絡電話：

附註：1. 被保險人自參加保險之日起二年內故意自殺或自成殘廢者，本公司不負給付之責。
 2. 如係意外事故請詳述發生原因及經過情形。

以上所填各項均屬真實，足為貴公司核付保險金之根據，如有冒領或誤賠等情事，本要保團體當負責償還，特此聲明。

要保團體
(蓋章)

請領人
(簽名蓋章)

中華民國 年 月 日