

推 派 具 領 同 意 書

立同意書人及具領人為保險單號碼 _____ 號保險契約之□繼承人/□受益人，茲因被保險人____
死亡，全體□繼承人/□受益人均同意並共同推舉 _____ 代為申請□醫療保險金 □身故保險金
□保險費溢繳 □各項給付金額、基金及結構債配息，及各項依契約產生之受款項目為具領人，若本同意書所提
供之資料有與事實不符者或爾後有繼承、冒領等糾紛情事，概由具領人及同意人自行負責，與貴公司無涉，絕無
異議，恐口說無憑，特立此同意書為憑。

此 致 新光人壽保險股份有限公司 台照

具領人：	法定代理人/監護人或輔助人：	
身分證統一編號：	身分證統一編號：	關係：
地 址：	地 址：	
連絡電話：	連絡電話：	
同意人：	法定代理人/監護人或輔助人：	
身分證統一編號：	身分證統一編號：	關係：
地 址：	地 址：	
連絡電話：	連絡電話：	
同意人：	法定代理人/監護人或輔助人：	
身分證統一編號：	身分證統一編號：	關係：
地 址：	地 址：	
連絡電話：	連絡電話：	

新光人壽保險股份有限公司(下稱「新光人壽」)係為人身保險相關服務及執行而蒐集您的個人資料。所蒐集之資料僅會於上開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供與新光人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。惟新光人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，新光人壽將無法提供您完善的服務。

中 華 民 國 年 月 日

茲見證本推舉同意書經確認當事人身分證件，確為當事人本人並親自簽署無誤，如有不實見證，致公司受有損害者，願負相關法律責任。	
單位： 見證人(服務人員)簽章： 年 月 日	茲證明該見證人(服務人員)確為本單位人員，見證人簽章處確由該員親自簽章無誤。 主管簽章： 年 月 日

注意事項：

1. 「繼承人」需檢附原始全戶戶籍謄本、繼承人身分證明文件及繼承系統表，以證明全體繼承人數、年齡。有未成年人且未婚或受監護受輔助宣告人者，需經法定代理人/監護人/輔助人同意(檢附身分證正、反面影本)。(無原始戶籍謄本，則以全體繼承人之全部戶籍謄本替之)
2. 具領人或同意人(即具領人以外之其他繼承人/受益人)全體需在同意書上簽名或蓋章，並檢附身分證明文件影本，年金(年金推舉者)應再檢附申請書及保險單。
3. 保單所涉稅賦之免徵或課徵，稽徵機關係依據有關稅法規定或稅捐稽徵法第12條之1所定實質課稅原則辦理。
4. 上述檢附資料如有不齊，而未依期限補足者，本公司得不予辦理。