

※為確保資料的正確性，保險對象姓名請以正楷填寫，以下各欄資料如有塗改處請簽章確認

基本資料
要保單位： 部門/單位： 職稱： 到職日： 聯絡電話/分機：
被保險人姓名 出生日期 身分證統一編號 性別 工作內容 投保計畫別 身故/喪葬費用保險金受益人
總保費 總保費合計為： 元

聲明事項
1. 本人(被保險人)同意宏泰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。
2. 本人(被保險人、要保人)同意宏泰人壽保險股份有限公司將本要保書上所列個人資料轉送產、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或理賠之參考...

每位被保險人 親簽 未成年者其法定代理人簽名：
填寫日期 年 月 日

Table with 3 columns: 退件原因 (拒保, 問卷, 填寫不完整, 其它), 複核, 初核