繼承系統表

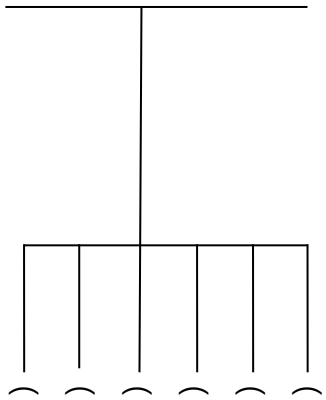
身分	姓名	出生日期	死亡日期
被繼承人（即身故者）		民國（前）　年　月　日	民國　年　月　日

左列系統表屬實無訛，如有偽報、遺漏或錯誤，致他人受損害時，繼承人願連帶負損害賠償及有關法律責任

此　致

新光人壽保險股份有限公司

（被繼承人姓名）【　　】（配偶姓名）【　　】



與被繼承人關係（煩請載入戶籍謄本上的稱謂，如長男、長女等）	繼承人姓名（煩請接續載入上述稱謂下之姓名）	（所有繼承人簽名）繼承樹枝表上所有人，需全部於此欄內並親自簽名
（　）	【　　】	
（　）	【　　】	
（　）	【　　】	
（　）	【　　】	
（　）	【　　】	
（　）	【　　】	

注意事項：繼承人需檢附全部戶籍謄本，以證明全體繼承人數及關係無誤。

中　華　民　國　年　月　日

推　派　具　領　同　意　書

立同意書人及具領人為保險單號碼＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿保險契約之繼承人/受益人，茲因

☐要保人：＿＿＿＿＿＿＿＿死亡，全體繼承人均立書同意並共同推舉 **新要保人：**＿＿＿＿＿＿

☐被保人☐受益人：＿＿＿＿＿＿＿＿死亡，全體繼承人均立書同意並共同推舉**具領人：**＿＿＿＿＿＿

(即為醫療保險金/身故保險金/保險費溢繳/各項給付金額、基金、結構債配息及各項依契約產生受款項目之受款人)，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，概由立同意書人本人自行負責，倘因前開任一事項致 貴公司生有損害，立書人全體願負連帶損害賠償責任，特此聲明。

此　致　新光人壽保險股份有限公司　台照

☐**新要保人:**	與被保險人關係：	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:	
☐**具領人:**	關係：	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:	
立同意書人:		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:	
立同意書人：		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:	
立同意書人：		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:	

新光人壽係為人身保險相關服務及執行而蒐集您的個人資料(包括但不限於姓名、身分證統一編號、聯絡方式及基於保險契約與服務關係所提供之個人資料等)。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。

見證人(服務人員)簽章:

單位：　　年　月　日

注意事項：

1.「繼承人」需檢附被繼承人全戶戶籍謄本、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，無被繼承人全戶戶籍謄本，則以全體繼承人之戶籍謄本替之）；繼承人中如有已向法院辦理拋棄繼承並經法院准予備查者，請於繼承系統表中註明，並檢附法院准予備查之文件。

2.立同意書人（即繼承人）全體需在同意書上簽名或簽章，並檢附身分證明文件影本。

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。