

## 投保證明申請書

保單號碼：	
要保人中文姓名（同護照上姓名）	要保人英文姓名（同護照上姓名） *申請英文投保證明才須填
主被保險人中文姓名（同護照上姓名）	主被保險人英文姓名（同護照上姓名） *申請英文投保證明才須填
申請用途說明： <input type="checkbox"/> 國外學校證明 <input type="checkbox"/> 移民 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 價值查詢：請提供_____年_____月_____日的帳戶價值。 <input type="checkbox"/> 其他，請註明原因：_____。	
申請份數：_____份中文投保證明，_____份英文投保證明。	
領取方式： <input type="checkbox"/> 保戶親自領取 <input type="checkbox"/> 郵寄保戶(以保單聯絡地址寄出) <input type="checkbox"/> 郵寄直屬業務員，領取後轉交保戶(請填寫郵寄地址) <input type="checkbox"/> 郵寄地址： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
申請人_____茲同意： 一、申請之「投保證明」除前述用途外，不得為其它用途使用。 二、「投保證明」內容有疑義時，以正式保單內容為憑。 申請人身份： <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 直屬業務員  申請人簽名：_____ 單位：_____ 連絡電話：_____ 法定代理人簽名：_____ 法定代理人身分證字號/國籍/生日：_____ 日期：民國_____年_____月_____日 <b>※以上資料請以正楷填寫清楚，受理後約需3個工作天完成。</b>	

英屬百慕達商安達人壽保險股份有限公司台灣分公司 電話 02-8161-1988 傳真 02-2579-7682

地址：110 台北市信義區信義路五段 8 號 12 樓 免付費服務電話 0800-061-988