

中華郵政股份有限公司
投保身分調查表（微型保險專用）

保單號碼：_____ 受理局局號：_____ 申請日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

一、請勾選下列選項(擇一勾選)，並檢附相關證明文件：

| 身分別（要保人暨被保險人） | 證明文件(所列項目均需檢附) |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> A. 無配偶且全年綜合所得在新臺幣三十五萬元以下者。 <input type="checkbox"/> M. 無配偶且全年綜合所得在新臺幣三十五萬元以下者之家庭成員。但其家庭成員有配偶，且該夫妻二人之全年綜合所得逾新臺幣七十萬元者，不適用本款規定。 | 1. 個人身分證明（證明無配偶） 2. 最近一年綜合所得稅繳納證明(報稅留底資料)或「綜合所得稅電子結算(網路)申報書收執聯」或紙本「綜合所得稅核定通知書(申報核定)」或「綜合所得稅核定稅額繳款書已申報核定」或最近一年綜合所得稅各類所得資料清單(請向國稅局申請) 3. 家庭成員關係之資格認定文件 |
| <input type="checkbox"/> B. 屬於夫妻二人之全年綜合所得在新臺幣七十萬元以下家庭之家庭成員。 | 1. 最近一年綜合所得稅繳納證明(報稅留底資料)或「綜合所得稅電子結算(網路)申報書收執聯」或紙本「綜合所得稅核定通知書(申報核定)」或「綜合所得稅核定稅額繳款書已申報核定」或最近一年綜合所得稅各類所得資料清單(請向國稅局申請) 2. 家庭成員關係之資格認定文件 |
| <input type="checkbox"/> C. 具有原住民身分法規定之原住民身分，或具有合法立案之原住民相關人民團體或機構成員身分或為各該團體或機構服務對象。 <input type="checkbox"/> N. 具有原住民身分法規定之原住民身分，或具有合法立案之原住民相關人民團體或機構成員身分或為各該團體或機構服務對象各該對象之家庭成員。 | 1. 戶口名簿或戶籍謄本(需註記原住民身分) 2. 家庭成員關係之資格認定文件 |
| <input type="checkbox"/> D. 具有合法立案之漁民相關人民團體或機構成員身分，或持有漁船船員手冊之本國籍漁業從業人。 <input type="checkbox"/> O. 具有合法立案之漁民相關人民團體或機構成員身分，或持有漁船船員手冊之本國籍漁業從業人各該對象之家庭成員。 | 1. 個人身分證明（證明本國籍） 2. 有效漁船船員手冊或漁民會員證明書(請洽所屬漁會申請) 3. 家庭成員關係之資格認定文件 |
| <input type="checkbox"/> I. 依農民健康保險條例投保農民健康保險之被保險人。 <input type="checkbox"/> P. 依農民健康保險條例投保農民健康保險之被保險人之家庭成員。 | 1. 農民保險加保證明(請洽所屬農會申請) 2. 家庭成員關係之資格認定文件 |

註：家庭成員係指本人、配偶、直系血親或家屬

二、被保險人投保經歷：

| 是否已購買或申請本保險以外之其他公司微型保險?(若『是』請填下表) <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | | | | | |
|--|------|----|------|------|----|
| 投保日期 | 公司名稱 | 保額 | 投保日期 | 公司名稱 | 保額 |
| | | | | | |

注意事項：

1. 本保險為非保證續保之保險商品且要保人與被保險人限同一人。
2. 投保時請確認被保險人是否符合所勾選之身分別，並檢附相關證明文件。
3. 被保險人投保微型傷害保險與同業合計，不得超過新臺幣 50 萬元。

要保人暨被保險人

簽 名：_____ 法定代理人/監護人簽名：_____

本聲明書係在業務員輔導下填寫，已經要保人（同被保險人）確認填寫內容及簽名，並查核檢附證明文件皆屬實無誤。

業務員簽名或蓋章：_____ 複核主管核章：_____