

合作金庫人壽保險股份有限公司

補充告知問卷

保單號碼(身分證字號)：	被保險人：
承蒙申請投保本公司保險，深表謝忱！惟若因各項疾病或意外事故致被保險人身體機能狀況須再予補充說明者，敬請填寫後回覆核保單位，謝謝您。 ※請以正楷填寫，如有塗改請要被保險人於塗改處簽名確認。	
要保人簽名：_____ 填寫日期：民國_____年_____月_____日 被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____ (要保人或被保險人為未滿七足歲或其他無行為能力人，由法定代理人代其簽名，及於法定代理人欄位簽名；要保人或被保險人為七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由其本人簽名，及由法定代理人於法定代理人欄位簽名。)	