Simon Chew, CIC / eHealth-Plans Inc. / Amazing Health Ins. Agency
1550 Noriega St. Suite 100, San Francisco, CA 94122
(415) 661-3885

人壽保險申請資料 Life Insurance Applicant Information

投保金額 月費 計劃
Face Amount:$_____Premium:$_____Plan Name:_____

投保人姓名 性別
Proposed Insured:_____Sex: ☐ Male 男 ☐ Female 女

工咭號碼 駕駛執照號碼 簽發州
SS#:_____Driver's License No.:_____State:_____

出生日期 出生地點
Date of Birth:_____/_____/_____ Birthplace(state,country):_____

是否美國公民
U.S. Citizen: ☐ yes ☐ no If no, Entry Date:__/___/___Visa Type:_____Exp.:___/___/___

居住地址
Home Address:_____City:_____ CA Zip Code:_____
身高 體重
Email:_____Height:_____Weight:_____

住宅電話 手提電話 工作電話
Home Phone:_____Cell Phone:_____Work Phone:_____

雇主名稱
Employer's Name:_____

雇主地址
Employer's Address:_____City_____State____Zip_____

職業 職責 工作年數
Occupation:_____Duties:_____Length of Employment:___yrs.

個人年收入 共同收入 淨資産
Personal Income:$_____Household Income:$_____Net Worth:$_____

受益人 Beneficiary:

1.姓名	工咭號碼	出生日期	關係	
Name:_____	SS#:_____	Birthday:_____	Relationship:_____	%
2.姓名	工咭號碼	出生日期	關係	
Name:_____	SS#:_____	Birthday:_____	Relationship:_____	%
3.姓名	工咭號碼	出生日期	關係	
Name:_____	SS#:_____	Birthday:_____	Relationship:_____	%
4.姓名	工咭號碼	出生日期	關係	
Name:_____	SS#:_____	Birthday:_____	Relationship:_____	%