

遠雄人壽旅行平安保險被保險人名冊

附表2

請影印使用

要保單位(團體名稱)：

保單號碼：

合約編號：

序號	<input checked="" type="checkbox"/> 被保險人姓名暨簽名 <small>(被保險人親簽)</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 身分證字號/統一證號	<input checked="" type="checkbox"/> 出生日期	<input checked="" type="checkbox"/> 性別	<input checked="" type="checkbox"/> 國籍	<input checked="" type="checkbox"/> 目前是否受有監護宣告? <small>(若是, 請提供相關證明文件)</small>	意外身故及失能保額 (PTA) (萬)	意外傷害醫療保額 (PTB) (萬)	旅行平安傷害醫療保額 (PTI) (萬)	新海外突發疾病醫療保額 (PTD) (萬)	保費小計	<input checked="" type="checkbox"/> 身故受益人 <small>(若有指定請提供姓名/身分證字號/出生日期/國籍/聯絡地址電話)</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 與被保險人關係
1					臺灣	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是						<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定_____	
2						<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是						<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定_____	
3						<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是						<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定_____	
4						<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是						<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定_____	
5						<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是						<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定_____	
6						<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是						<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定_____	
7			注意事項： 1. 填「打勾的地方」即可，其他不要填。 2. 請法定代理人(少年家長)於被保險人(少年)姓名欄位旁簽名。									<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定_____	
8												<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定_____	
9												<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定_____	
10						<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是						<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定_____	
合計	各險別總保額及保費										保費合計 元	被保險人 共_____人	

*1. 被保險人未滿二十歲時，煩請法定代理人於被保險人姓名欄位旁簽名。

2. 身故保險金受益人如係身分別之指定及要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。

單位主管：

行政助理：

填表(經手人)：

遠雄人壽 總公司受理欄章	
-----------------	--