

國泰人壽旅行平安保險名冊

◎被保險人人數總計_____人，總死殘保額_____萬，總實支實付傷害醫療限額_____萬，總突發疾病醫療保額_____萬

註：險種英文簡稱說明-ADD：意外死殘保險金額，MR：每次實支實付傷害醫療保險金額；OHS：突發疾病醫療保險金額

編號	要保人/法定代理人姓名及簽署 <small>(集體發單件必填)</small>	被保險人				ADD	MR	OHS	附加實物給付	身故受益人							
		姓名及簽署	出生日期 <small>(民國年月日)</small>	身分證或護照號碼	與要保人關係 <small>(集體發單件必填)</small>					<input type="checkbox"/> 被保險人之法定繼承人 <input type="checkbox"/> 地址/電話同要保人 <input type="checkbox"/> 如下表所列 姓名/身分證(ID)或護照號碼/電話/關係(被保人之)/受益分配/地址							
1					萬	萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型	萬	<input type="checkbox"/>	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____
	保費 _____ 元		姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____						姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____				
2					萬	萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型	萬	<input type="checkbox"/>	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____
	保費 _____ 元		姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____						姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____				
3					萬	萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型	萬	<input type="checkbox"/>	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____
	保費 _____ 元		姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____						姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____				
4					萬	萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型	萬	<input type="checkbox"/>	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____
	保費 _____ 元		姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____						姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____				
5					萬	萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型	萬	<input type="checkbox"/>	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____
	保費 _____ 元		姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____						姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____	姓名：_____ ID：_____ 電話：_____	關係：_____ 分配：_____ 地址：_____				

注意事項

- 被保險人未成年且未婚者，要保人簽署欄位須由其法定代理人簽名。
- 每次實支實付傷害醫療保險金及突發疾病醫療保險金最高不得逾意外死殘保額之20%，且不得高於200萬。
- 附加實物給付需與海外突發疾病醫療健康保險附加條款(含甲、乙、丙型)同時附加。
- 身故受益人若二人(含)以上時，請註明保險金給付方式為均分或按填寫順位或比例，若未註明則以均分方式處理。
- 身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未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，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

*700031*10501*