

國泰人壽旅行平安保險名冊

◎被保險人人數總計_____人，總死亡及失能保額_____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:意外死亡及失能保險金額,MR:每次實支實付傷害醫療保險金限額;OHS:突發疾病醫療保險金限額;附加實物給付:海外醫療專機運送服務

編號	被保險人/法定代理人(監護人/輔助人)						ADD	MR	OHS	附加實物給付	身故受益人		
	身分證或護照號碼	國籍 (本國人免填)	生日 (民國年月日)	姓名及簽署	關係 (乘機送 事件必填)	目前是否受有監護宣告					<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/關係(被保險人之)/身分證(ID)或護照號碼/國籍(本國人免填) /生日(民國年月日)/受益分配/地址/電話		
1	被保險人				與要保人關係	<input type="checkbox"/>	萬	萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型	<input type="checkbox"/>	姓名:	關係:	ID:
	法定代理人				與被保險人關係	<input type="checkbox"/>					保費	元	國籍:
						<input type="checkbox"/>							地址:
						<input type="checkbox"/>					姓名:	關係:	ID:
						<input type="checkbox"/>					國籍:	生日:	分配:
						<input type="checkbox"/>					地址:	電話:	
2	被保險人				與要保人關係	<input type="checkbox"/>	萬	萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型	<input type="checkbox"/>	姓名:	關係:	ID:
	法定代理人				與被保險人關係	<input type="checkbox"/>					保費	元	國籍:
						<input type="checkbox"/>							地址:
						<input type="checkbox"/>					姓名:	關係:	ID:
						<input type="checkbox"/>					國籍:	生日:	分配:
						<input type="checkbox"/>					地址:	電話:	
3	被保險人				與要保人關係	<input type="checkbox"/>	萬	萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型	<input type="checkbox"/>	姓名:	關係:	ID:
	法定代理人				與被保險人關係	<input type="checkbox"/>					保費	元	國籍:
						<input type="checkbox"/>							地址:
						<input type="checkbox"/>					姓名:	關係:	ID:
						<input type="checkbox"/>					國籍:	生日:	分配:
						<input type="checkbox"/>					地址:	電話:	
4	被保險人				與要保人關係	<input type="checkbox"/>	萬	萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型	<input type="checkbox"/>	姓名:	關係:	ID:
	法定代理人				與被保險人關係	<input type="checkbox"/>					保費	元	國籍:
						<input type="checkbox"/>							地址:
						<input type="checkbox"/>					姓名:	關係:	ID:
						<input type="checkbox"/>					國籍:	生日:	分配:
						<input type="checkbox"/>					地址:	電話:	

注意事項
 1. 被保險人未成年且未婚/有監護人或輔助人者,法定代理人簽署欄位須由其法定代理人/監護人/輔助人簽名且受有監護宣告者須附上證明文件。
 2. 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亡及失能保額之 20%,且不得高於 200 萬。
 3. 附加海外醫療專機運送服務須與海外突發疾病醫療健康保險附加條款同時附加。
 4. 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。
 5. 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。

