

範例一：身故受益人全部為法定繼承人時

國泰人壽旅行平安保險名冊

◎被保險人人數總計 3 人，總死亡及失能保額 1500 萬，總實支實付傷害醫療限額 150 萬，總突發疾病醫療保額 150 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

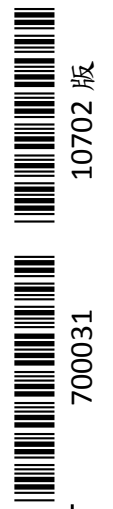
編號	被保險人/法定代理人(監護人/輔助人)						ADD	MR	OHS	附加實物給付	身故受益人			
	身分證或護照號碼	國籍 (本國人免填)	生日 (民國年月日)	姓名及簽署	關係 (與被保險人關係) <small>(須檢附 單件必填)</small>	目前是否受有監護宣告					<input checked="" type="checkbox"/> 被保險人之法定繼承人	<input checked="" type="checkbox"/> 地址/電話同要保人	<input type="checkbox"/> 如下表所列	姓名/關係(被保險人之)/身分證(ID)或護照號碼/國籍(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	A123123123		陳小強	與要保人關係 本人	<input checked="" type="checkbox"/>	500 萬	50 萬	50 萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input checked="" type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型	<input checked="" type="checkbox"/>	姓名:	關係:	ID:
	法定代理人	A123123132		陳大強	與被保險人關係 父	<input type="checkbox"/>						分配:	電話:	姓名:
2	被保險人	B22233555		曾美麗	與要保人關係 本人	<input checked="" type="checkbox"/>	500 萬	50 萬	50 萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input checked="" type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型	<input checked="" type="checkbox"/>	姓名:	關係:	ID:
	法定代理人				與被保險人關係	<input type="checkbox"/>						分配:	電話:	姓名:
3	被保險人	C111222333		王承鋒	與要保人關係 本人	<input checked="" type="checkbox"/>	500 萬	50 萬	50 萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input checked="" type="checkbox"/> 丙型	<input checked="" type="checkbox"/>	姓名:	關係:	ID:
	法定代理人				與被保險人關係	<input type="checkbox"/>						分配:	電話:	姓名:
4	被保險人				與要保人關係	<input type="checkbox"/>	萬			<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型		姓名:	關係:	ID:
	法定代理人				與被保險人關係	<input type="checkbox"/>						分配:	電話:	姓名:

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

被保險人『目前是否受有監護宣告』須被保人逐一勾選，當勾選『是』，須須附上證明文件。

1. 名冊上之被保險人附加突發疾病醫療保障必須選擇同一型別。
2. 每一被保險人突發疾病醫療保額可以不相同

注意 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/監護人簽名。
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%。
3. 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，則按均分處理。
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，則按均分處理。
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，則保險金將由本公司依法律規定之繼承人領取，本公司將依法律規定之繼承人領取保險金受益人之通知依據。



範例二:身故受益人指定時

國泰人壽旅行平安保險名冊

◎被保險人人數總計 3 人，總死亡及失能保額 1500 萬，總實支實付傷害醫療限額 150 萬，總突發疾病醫療保額 150 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額;OHS:突發疾病醫療保險金額

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 (須檢附 單件必填)	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 checked="" type="checkbox"/> 如下表所列 姓名/關係(被保人之)/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	A123123123		651002	陳小強	與要保人關係 本人	<input checked="" type="checkbox"/>	否	500 萬	50 萬	50 萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input checked="" type="checkbox"/> 丙型	<input checked="" type="checkbox"/>	姓名: 陳大強 關係: 父 ID: A123123132 國籍: 生日: 420806 分配: 比例100% 地址: 台北市大安區仁愛路四段295號 電話: 0927123456
	法定代理人					與被保險人關係	<input type="checkbox"/>	是	保費 300 元					姓名: 關係: ID: 國籍: 生日: 分配: 地址: 電話:
2	被保險人	B22233555		520302	曾美麗	與要保人關係 本人	<input checked="" type="checkbox"/>	否	500 萬	50 萬	50 萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input checked="" type="checkbox"/> 丙型	<input checked="" type="checkbox"/>	姓名: 曾大人 關係: ID: 23132 國籍: 生日: 分配: 100% 地址: 台北市大安區 電話: 7123456
	法定代理人					與被保險人關係	<input type="checkbox"/>	是	保費 300 元					姓名: 關係: ID: 國籍: 生日: 分配: 地址: 電話:
3	被保險人	C111222333		700606	王承鋒	與要保人關係 本人	<input checked="" type="checkbox"/>	否	500 萬	50 萬	50 萬	<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input checked="" type="checkbox"/> 丙型	<input checked="" type="checkbox"/>	姓名: 陳美美 關係: 母 ID: FC12345678 國籍: 越南 生日: 520806 分配: 比例100% 地址: 台北市大安區仁愛路四段297號 電話: 0937123456
	法定代理人					與被保險人關係	<input type="checkbox"/>	是	保費 元					姓名: 關係: ID: 國籍: 生日: 分配: 地址: 電話:
4	被保險人					與要保人關係	<input type="checkbox"/>	否	萬			<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型		關係: 生日: ID: 分配: 電話:
	法定代理人					與被保險人關係	<input type="checkbox"/>	是						關係: 生日: ID: 分配: 電話:

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

被保險人『目前是否受有監護宣告』須被保人逐一勾選,當勾選『是』,須須附上證明文件。

1. 名冊上之被保險人附加突發疾病醫療保障必須選擇同一型別。
2. 每一被保險人突發疾病醫療保額可以不相同

注意 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/監護人簽名。
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%。
3. 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,則按均分處理。
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,則按均分處理。
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,保險金受益人之通知依據。

