

個人旅行保障綜合保險被保險人名冊

本名冊附於並構成整個要保書

被保險人基本資料						身故保險金受益人資料欄位						
<small>※限要保人本人(主被保險人)、要保人之配偶、要保人之二親等血親以內之親屬(父母、(外)祖父母、兄弟姊妹、子女、(外)孫子女)</small>						<small>※指定身故受益人限定為被保險人之配偶、子女、父母及兄弟姊妹。未指定者，視為同意以法定繼承人為身故保險金受益人。 ※備註:受益人超過1人時請詳述保險金分配及順序方式。</small>						
編號	被保險人	身分證號碼	出生日期 <small>*填寫民國年月日</small>	是否受有 監護宣告 <small>(若勾選是請提供相關證明文件)</small>	與要保 人關係	被保險人親簽/ 法定代理人親簽 <small>*被保險人未成年者須加蓋</small>	受益人姓名	身分證號碼	與被保 人關係	給付 方式	聯絡電話 <small>(同要保人免填)</small>	聯絡地址 <small>(同要保人免填)</small>
1	同要保人本人					首頁已親簽	1. 法定繼承人			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
2	張小新	A223456789	75年8月17日	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	配偶	張小新	1. 法定繼承人			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
3	王美美	A212233445	104年04月09日	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	子女	王美美 王大光	1. 法定繼承人			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
4	王小光	A122233445	110年05月14日	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	子女	王小光 王大光	1. 法定繼承人			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
5			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1.			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
6			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
7			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
8			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
9			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
10			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			2.			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
11			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1. 2.			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
12			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1. 2.			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
13			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1. 2.			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
14			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1. 2.			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		
15			年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			1. 2.			<input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 均分		

請填寫確認黃底欄位

簽名說明：
滿18歲：被保險人本人簽名
滿7歲~未滿18歲：小孩(被保險人)簽名，並於下方由法代簽法代姓名
未滿7歲：法定代理人代簽小孩(被保險人)名字，並於下方由法代簽法代姓名

※本人(被保險人)已確認聲明事項之內容請於上方欄位簽名。(如被保險人為未成年、或受監護宣告尚未撤銷者，請由法定代理人或監護人親簽。)
 ※失能保險金及傷害醫療保險金的受益人均為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。

