

旅行平安保險投保名冊

| 被保險人 | | | | | | | 保險金額 | | | 保險費合計(元) |
|-------|----------|-------|----|--|-----------|----|-------------------|--------------------|------------------|----------|
| 姓名及親簽 | 身分證/護照號碼 | 出生年月日 | 國籍 | 目前是否受有監護宣告 (請勾選) | 法定代理人/監護人 | | 身故或喪葬費用及失能保險金(萬元) | 每次實支實付傷害醫療保險金額(萬元) | 海外突發疾病醫療保險金額(萬元) | |
| | | | | | 姓名及親簽 | 關係 | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |

受益人資料：☐法定繼承人；未勾選時請詳填於下

| 被保險人姓名 | 受益人 | | | | | | |
|--------|-----|----------|-------|----|---------|----|-------|
| | 姓名 | 身分證/護照號碼 | 出生年月日 | 國籍 | 與被保險人關係 | 順位 | 比例(%) |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

旅行平安保險投保名冊

| 被保險人 | | | | | | 保險金額 | | | 保險費合計(元) | |
|---------------|------------|--------|----|---|---------------|------|-------------------|--------------------|----------|------------------|
| 姓名及親簽 | 身分證/護照號碼 | 出生年月日 | 國籍 | 目前是否受有監護宣告 (請勾選) | 法定代理人/監護人 | | 身故或喪葬費用及失能保險金(萬元) | 每次實支實付傷害醫療保險金額(萬元) | | 海外突發疾病醫療保險金額(萬元) |
| | | | | | 姓名及親簽 | 關係 | | | | |
| 王小明 (學生簽名) | G123456789 | 98/6/1 | 台灣 | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 | 王大同 (家長簽名) | 父子 | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |

受益人資料： ☒法定繼承人；未勾選時請詳填於下

| 被保險人姓名 | 受益人 | | | | | | |
|--------|-----|----------|-------|----|---------|----|-------|
| | 姓名 | 身分證/護照號碼 | 出生年月日 | 國籍 | 與被保險人關係 | 順位 | 比例(%) |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |