



一、保險期間(活動日期): 自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時起 共 _____ 日

二、保障內容

給付內容	意外身故暨失能	意外傷害醫療限額	海外突發疾病醫療限額
保險金額 (幣別:新臺幣)	_____ 萬元	_____ 萬元	_____ 萬元

三、基本資料(請以正楷填寫資料)

項目	被保險人	法定代理人/監護人/輔助人
姓名	✓ 王小明	✓ 王大衛
國籍 ^[註1]	✓ 台灣	✓ 台灣
出生日期 ^[註2]	✓ 99年 ✓ 09月 ✓ 09日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
身分證統一編號 ^[註2]	✓ A123456789	
與被保險人關係	✓ 本人	父子
目前是否受有監護宣告	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

註1: 本國人士, 免填國籍欄位。

註2: 如本次投保係統一由學校為要保人/集體發單件代理人辦理者, 得免填法定代理人之出生日期及身分證統一編號。

四、受益人(限保險契約條款有約定身故給付之商品適用)

意外身故保險金 受益人	<input checked="" type="checkbox"/> 被保險人之法定繼承人	身分證統一編號:	出生日期:	國籍:	與被保險人關係:
	<input type="checkbox"/> 指定姓名如下:			<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他:	
	<input type="checkbox"/> 同要保人住所	<input type="checkbox"/> 其他, 請填寫以下聯絡資料			
	聯絡地址:		聯絡電話:		

※若依契約條款約定無該項保險金時, 雖於受益人欄填寫受益人資料仍不生效力。

被保險人簽章: ✓ 王小明 法定代理人/監護人/輔助人簽章: ✓ 王大衛 ✓

※簽章者如為七足歲以下, 應由法定代理人代簽; 如為未成年或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者, 應由法定代理人/監護人/輔助人簽章確認。

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎依保險法第107條, 未滿15足歲被保險人之累計喪葬費用保險金總和^[註3], 不得超過遺產及贈與稅法第17條有關遺產稅喪葬費用扣除額之半; 故倘未達上述喪葬費用保險金額度且欲完善其保險保障者, 請洽本公司客服專線0800-099-850。

註3: 累計之喪葬費用保險金總和: 係指被保險人於99年2月3日之前及109年6月12日以後投保人壽保險契(附約或傷害保險契(附約或旅行平安保險契約者, 其喪葬費用保險金之總和(含本公司及其他保險公司)。

◎請掃描下方QR code之商品條款, 以瞭解本次投保商品內容。

商品名稱	主要給付項目	商品條款連結
台灣人壽平安福旅行平安保險	1. 意外身故保險金或喪葬費用保險金 2. 水陸大眾運輸交通意外身故保險金或喪葬費用保險金 3. 航空大眾運輸交通意外身故保險金或喪葬費用保險金 4. 意外失能保險金 5. 水陸大眾運輸交通意外失能保險金 6. 航空大眾運輸交通意外失能保險金 7. 傷害醫療保險金(實支實付型)(選擇性附加)	
台灣人壽寶貝旅行平安傷害醫療保險	傷害醫療保險金(實支實付型)	