



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)	100 萬元	10 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	王大帥
國籍 <sup>[註1]</sup>	中華民國	中華民國
出生日期 <sup>[註2]</sup>	97 年 09 月 22 日	73 年 10 月 10 日
身分證統一編號 <sup>[註2]</sup>	V123123123	V123456789
與被保險人關係	本人	父
行動電話 <sup>[註3]</sup>	0900-111-222	
目前是否受有 監護宣告	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" 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。

註3:如申請電子保單者,請務必填寫被保險人之行動電話,如未成年之被保險人無行動電話者,請填寫其法定代理人之行動電話。

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 type="checkbox"/> 被保險人之法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定姓名如下:	身分證統一編號:	出生日期:	國籍: <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他:	與被保險人 關係:
	<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: 王大帥

※簽章者如未滿七足歲,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條及簡易人壽保險法第7條,未滿15足歲被保險人之累計喪葬費用保險金總和<sup>[註3]</sup>,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約(附)約或傷害保險契約(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)	